

**DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE -
CENVALLE, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2020.**

ANYELA JIMENA PORTILLA MEZA

LINA VANESSA GARCIA REYES

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRIA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2021

**DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE -
CENVALLE, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2020.**

ANYELA JIMENA PORTILLA MEZA

LINA VANESSA GARCIA REYES

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magister en

Gerencia de Organizaciones de Salud

Director del trabajo de grado: Raquel Puente Castro

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRIA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2021

Santiago de Cali, mes día de 2021

Doctor.
SILVIO BARRERO CALDAS
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “**DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE - CENVALLE, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2020**”.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Anyela Jimena Portilla Mesa
C.C.:1130614316



Lina Vanesa García Reyes
C.C.: 55305646

Santiago de Cali, Mes día de 2021

Doctor (a)

Nombre del Decano(a)

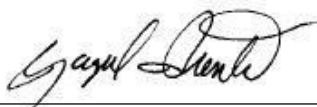
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “**DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE - CENVALLE, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2020**”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Universidad Javeriana nombres: Anyela Jimena Portilla Mesa con cédula de ciudadanía No.: 1130614316 y Lina Vanessa García Reyes con cédula de ciudadanía No.: 55305646, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,



Raquel Puente Castro

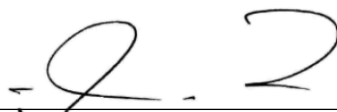
Director del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

“INSTRUMENTO DE MEDICIÓN ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL CENTRO DIAGNÓSTICO DEL VALLE - CENVALLE, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL

AÑO 2020” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones de Salud.



SILVIO BORRERO

CALDAS

Decano

Facultad de Ciencias Económicas y
Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar

Directora

Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud



Claudia Isabel Vivas Tobar

Jurado



Raquel Puente Castro

Director del Trabajo de

Grado

Santiago de Cali, 25 de junio de 2021.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	12
PALABRAS CLAVES	13
1. PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACION	17
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo General	19
3.2. Objetivos específicos	19
4. MARCO TEÓRICO	19
5.1. Satisfacción	19
5.2. ¿Cómo ha evolucionado el concepto?	20
5.3. La satisfacción de usuarios y el concepto de calidad	23
5.3.1. Medición de satisfacción de los usuarios (instrumentos)	26
5.3.1.1. SERVQUAL	27
5.3.1.2. SERVPERF	28
5.4. Gerencia y satisfacción de usuarios	30
5.5. RESEÑA DEL CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE - CENVALLE SAS	31
5.5.1. Misión	31
5.5.2. Visión	31
5.5.3. Valores Corporativos	32
5.5.4. Servicios ofertados	32
5. MARCO METODOLOGICO	37
5.1. Resultado del análisis cualitativo	38
6. CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO	47
7.1 Cálculo de la muestra	48
7.2. Procedimiento	49
7.3. Validez y fiabilidad	54
7. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	55
7.1. Datos y Software	56

7.2.	Confiabilidad del Instrumento	56
7.3.	Análisis Factorial.....	58
7.4.	Condiciones de aplicabilidad del análisis factorial.	58
7.4.1.	Bondad de ajuste	59
7.5.	Fiabilidad del modelo	63
8.	RESULTADOS.....	65
8.1.	Aspectos demográficos	65
8.2.	Atenciones recibidas	68
8.3.	Oportunidad-accesibilidad del servicio (Elementos tangibles y fiabilidad)	70
8.4.	Proceso (Seguridad y empatía)	72
8.5.	Resultado (Capacidad de respuesta).....	73
8.6.	Resultados según grupos de análisis	74
9.	CONCLUSIONES	80
	BILBIOGRAFIA	84

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Resultados del análisis factorial confirmatorio inicial (Modelo 1).....	60
Ilustración 2. Resultados del análisis factorial del modelo final.....	62

TABLA DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Distribución de la Muestra según sexo	66
GRAFICO 2. Distribución de la muestra según grupo etario	67
GRAFICO 3. Distribución de la muestra según sexo y grupo etario	67
GRAFICO 4. Distribución de la muestra según fecha de procedimiento	68
GRAFICO 5. Distribución de la muestra según especialista que brindó la atención.....	68
GRAFICO 7. Distribución de la muestra según procedimiento.	70
GRAFICO 8. Frecuencia de respuestas del constructo de Oportunidad – accesibilidad del servicio	71
GRAFICO 9. Frecuencia de respuestas del constructo de proceso.	72

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la escala utilizada	51
Tabla 2. Relación de las dimensiones objeto de análisis.	52
Tabla 3. Valoración de la confiabilidad de las preguntas	54
Tabla 4. Consistencia interna de las dimensiones de la escala SERVQUAL.....	56
Tabla 5. Estimadores de las variables latentes del modelo final.....	62
Tabla 6. Índices de bondad de ajuste y de error del Análisis Factorial Confirmatorio	63
Tabla 7. Coeficiente de fiabilidad compuesta del modelo final.....	64
Tabla 8. Ítems de medición de la calidad de servicio en CENVALLE S.A.S	64
Tabla 9. Media de frecuencia de respuesta según sexo	75
Tabla 10. Media de frecuencia de respuestas según procedimiento.....	76
Tabla 11. Media de frecuencia de respuestas según grupo etario	78

RESUMEN

Habitualmente la alta dirección cuestiona las relaciones satisfacción del paciente – médico; paciente – personal asistencial y paciente – espacio físico, con el fin de mejorar e implementar programas desde el área de recursos humanos que permita no solo cumplir con los requisitos fundamentales para el usuario, sino como meta del servicio prestado. El objetivo fue determinar la satisfacción del usuario en la atención que recibe tanto del personal médico como asistencial del CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE - CENVALLE. El estudio es cualitativo - cuantitativo, con un tamaño de muestra de 246 pacientes que asisten a consulta y que aceptaron realizar la encuesta. El instrumento para la recolección de datos fue un cuestionario adaptado del modelo SERVPERF, del cual se encontró lo siguiente: Los usuarios se sienten satisfechos en un 90% con la atención integral de los servicios recibidos en CENVALLE, sin embargo, se encontraron unos resultados negativos que no afectan el indicador en las variables oportunidad - accesibilidad y capacidad de respuesta. La propuesta metodológica aquí consignada permite evaluar el grado de satisfacción de los pacientes, al tiempo que permite diseñar programas de mejora de la calidad, demostrando adecuadamente su aplicabilidad.

ABSTRACT

Top management usually questions patient-doctor satisfaction relationships; patient - healthcare personnel and patient - physical space, in order to improve and implement programs from the human resources area that allows not only to meet the fundamental requirements for the user, but also as a goal of the service provided. The objective was to determine user satisfaction in the care received from both the medical and healthcare personnel of the CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE - CENVALLE. The study is qualitative - quantitative, with a sample size of 246 patients who attend the consultation and who agreed to carry out the survey. The instrument for data

collection was a questionnaire adapted from the SERVPERF model, from which the following was found: Users feel 90% satisfied with the comprehensive care of the services received at CENVALLE, however, negative results were found that do not affect the indicator in the variables opportunity - accessibility and response capacity. The methodological proposal consigned here allows evaluating the degree of patient satisfaction, while allowing the design of quality improvement programs, adequately demonstrating their applicability.

PALABRAS CLAVES

Calidad de la atención de salud; Satisfacción del paciente; Control de calidad; instrumento de medición, modelos de medición.

INTRODUCCIÓN

La búsqueda de satisfacción del paciente es uno de los aspectos de mayor crecimiento en el mercado de la salud, articulado a la calidad del servicio. Los usuarios satisfechos, reflejan mayor operatividad y beneficios, teniendo en cuenta que, si bien la salud es un derecho constitucional, las necesidades presentes han ampliado el espectro de la misma hacia el escenario de la oferta y la demanda, con ello, el aumento de la competencia general y del consumo, y la reducción de las ganancias representan un desafío para el rendimiento financiero y las prioridades del sector salud.

Sin embargo, la evolución en los sistemas de salud y los estudios desarrollados a lo largo de la historia en materia de calidad, han determinado que es el centro de la atención sanitaria¹. De esta manera, lo que las personas consideran formas deseables de enfrentar sus enfermedades constituyen parámetros importantes para orientar al sector de la salud. Para lograr ese propósito, es necesario establecer compromisos que tomen en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos

¹ Ver: OMS. La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: OMS; 2008. p. 18-20. [Internet] Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.

sobre la salud y la atención sanitaria, para así promover que su opinión sea tomada en cuenta en la planificación y funcionamiento de los servicios de salud³.

En este sentido, toda organización de salud debe evaluar las opiniones de los usuarios, sus expectativas sobre la satisfacción del servicio, permiten generar planes de contingencia encaminados a mejorar. La satisfacción de los usuarios de un servicio de salud se puede definir conceptualmente como los juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud las personas que lo utilizan (Strasser, 1991. p20).

Por lo tanto, la satisfacción es un concepto multidimensional directamente relacionado con el componente cognitivo de las personas y su relación con el sistema sanitario en cualquiera de los servicios ofertados. ¿Cómo medir dicha satisfacción? se han publicado y validado numerosos instrumentos, sin embargo, muchos de ellos han sido aplicados en diferentes culturas, países o grupos de personas usuarias de diferentes servicios de salud hospitalarios y de urgencias. En Colombia, los estudios realizados a este respecto, evidencian la satisfacción de pacientes mayoritariamente en pacientes hospitalizados, los pacientes usuarios de servicios de salud focalizados de acuerdo a especialidades puntuales, no han sido abordados a gran escala y teniendo en cuenta que las expectativas de las personas difieren según los contextos socioculturales y el tipo de servicios que requiera, es necesario generar instrumentos validados para poblaciones singulares, de acuerdo a las necesidades locales (Prince, Acosta, Chiu, Scazufca, Varghese, 2003. p17).

El propósito del presente trabajo es proponer un instrumento de medición de la satisfacción de los pacientes del CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE – CENVALLE, adaptado a las características socioculturales del Valle del Cauca, y analizar su fiabilidad y validez. Se plantea analizar la atención en adultos que requieran realizarse exámenes endoscópicos, realizar la respectiva trazabilidad de la enfermedad e identificar los atributos de los servicios. De esta manera,

se obtiene evidencia del funcionamiento de toda la organización que se está evaluando, y posteriormente hacer uso del instrumento en otros servicios.

Cali, es la capital del departamento del Valle del Cauca, una de las más representativas del País, por ser uno de los principales centros económicos e industriales. En cuanto al sector salud, el 86% de la oferta de servicios pertenece al sector privado, el cual, además de ser dominante en número de oferentes, es propietario de la tecnología de punta disponible en la ciudad², lo cual la ubica en uno de los más altos estándares competitivos, respecto a la oferta pública. Actualmente cuenta con aproximadamente 15 centros especializados de endoscopia, los más representativos son: Centro Médico Imbanaco, Endocirujanos, Centro de endoscopia digestiva del Valle (CENVALLE), Clínica de los remedios, Fundación Valle de Lili, Dr. Mauricio Recio.

Gran parte de su éxito radica en la atención médico-paciente, que en centros de atención particular resulta más amena y confiable que en los centros de atención pública, donde se percibe como deteriorada y deficiente tanto en la oferta como en la prestación de los servicios de salud, de acuerdo a una encuesta realizada en el focus group, previo a la presente investigación. Desde esta perspectiva, obtener datos sobre los niveles de satisfacción de los pacientes e incluso de las personas que los acompañan, es un elemento clave para implantar medidas de mejora desde la percepción de los usuarios, esto ayuda a una mayor consolidación y desarrollo de iniciativas enfocadas a generar cultura de calidad, seguridad del paciente y concienciación de los profesionales sobre la necesidad de los usuarios, sin descuidar que todas las acciones deben encaminarse no solo a los profesionales médicos sino a todo el personal del centro sanitario.

² Ver: La Situación de salud en Santiago de Cali, una mirada desde la Salud Pública. CEDETES – Universidad del Valle / Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali Situación de Salud de Cali – Una mirada desde la salud pública., 2007. Vista en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Modelo_Salud_Publica_Colombia-Cali-2007.pdf

En CENVALLE, de acuerdo a la Encuesta realizada en el focus group, el 80% de las personas perciben la atención privada como confiable y segura, además de ser rápida respecto a la oferta pública, donde tienen que enfrentarse a largas filas y tiempos de espera. Si bien el resultado fue positivo para CENVALLE en cuanto a calidad, se percibieron algunas falencias en la oportunidad de la asignación de citas, debido a la gran afluencia de pacientes. De igual manera, se evidenció ausencia del personal asistencial, y cambio de profesional para el usuario, cuando ya tiene un tratamiento específico con el médico anterior.

Por lo anteriormente expuesto representa un reto para las instituciones de salud y en particular para CENVALLE, asegurar la calidad y enfocar su esfuerzo tomando siempre en cuenta al paciente a fin de lograr su satisfacción completa.

1. PROBLEMA

En la actualidad, los enfoques de gerencia en salud sobre la satisfacción del usuario están orientados a brindar de manera óptima los servicios ofertados. Esto significa bajo los principios de calidad, eficiencia y eficacia, corresponder a las expectativas de los usuarios. Los centros que ofrecen servicios específicos del área de la salud, como es el caso de CENVALLE S.A.S., están doblemente comprometidos con la calidad del servicio, la razón fundamental es que un paciente insatisfecho puede agravar su condición diagnóstica, a la vez que genera una inconformidad latente que a corto plazo puede convertirse en una cadena de insatisfacción que afectaría la imagen y economía de la organización.

Por consiguiente, es importante hacer una evaluación continua de satisfacción de usuarios, que dé cuenta del buen funcionamiento del servicio. CENVALLE SAS, atiende un gran volumen de pacientes que si bien han recibido servicio calidad, aún persisten debilidades

en materia de personal asistencial y oportunidad en los tiempos de las citas que generan malestar e insatisfacción en los pacientes.

Desde esta perspectiva, surge la necesidad de proponer un instrumento de medición de satisfacción del usuario en el CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE – CENVALLE de la ciudad de Cali, para ser aplicado durante el primer trimestre del año 2020 con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del usuario en los diferentes servicios ofertados y facilite la toma de decisiones respecto a la mejora continua de la organización.

2. JUSTIFICACION

La relación personal asistencial-paciente, es un aspecto fundamental de la calidad en la prestación de servicios de salud, una buena comunicación basada en la confianza, genera seguridad y por ende sensación de satisfacción que se traduce en reconocimiento y posicionamiento.

Cuando un paciente es bien atendido, entiende y aplica las recomendaciones de los especialistas que inciden positivamente en la evolución de la enfermedad. La satisfacción de los pacientes es uno de los objetivos primordiales del sistema de salud en Colombia pues proporciona información sobre el la capacidad de las instituciones prestadoras de salud para alcanzar o no las expectativas del paciente, siendo un indicador fundamental de la calidad asistencial³.

Desde esta perspectiva, la retroalimentación de lo que siente, espera y recibe el paciente de un servicio de salud, es lo que permite generar acciones y planes de mejora enfocados a la confiabilidad, credibilidad y prestigio tanto de CENVALLE, como del personal en general que

³ Ver:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

trabaja en la institución. El proceso de evaluación de la satisfacción del usuario, implica múltiples actividades que requieren de trabajo en equipo, una buena comunicación interna y externa y un estricto seguimiento que garantiza la calidad de los servicios ofertados, por ende, es importante tener en cuenta el concepto que tienen los usuarios del servicio prestado desde la recepción del paciente, hasta la atención especializada, teniendo en cuenta que existe una cercanía entre paciente- medico, paciente-personal asistencial, paciente personal administrativo, que conforman el canal de comunicación primordial para mejorar continuamente.

La experiencia de CENVALLE en cuanto a la medición de la satisfacción del paciente, ha sido satisfactoria, sin embargo, los esfuerzos constantes por mejorar hacen que se convierta en una necesidad constante a lo largo del tiempo. Anteriormente, la empresa se enfocó en el tema de los servicios ofertados, pero descuidó otras etapas de la calidad, entre ellas, las relaciones entre el paciente y el personal asistencial en general (médicos, enfermeros, personal administrativo, operativo) el entorno y la calidad del ambiente.

Autores como Grande Esteban (1996), Alet I Vilagínés (1996) y Wernerfelt (1991), han demostrado que una buena experiencia del paciente aumenta la satisfacción y la fidelidad frente a otras empresas, lo que, a largo plazo, les impulsa a usar más los servicios y atraer más gente para que viva su misma experiencia.

Desde esta perspectiva, se comienzan a implementar modelos de medición que permitan obtener información fiable y conseguir una mayor satisfacción de los clientes. Se crea entonces un formulario tipo encuesta, que inicialmente ocupaba un tiempo considerable en su diligenciamiento, lo que ocasionó rechazo del paciente. En consecuencia, se procedió a realizar un plan de mejora que consistió en formular un instrumento de medición de satisfacción del paciente, fácil de implementar y permita obtener datos fáciles de interpretar.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Desarrollar un instrumento de medición válido que permita medir el grado de satisfacción de usuarios de CENVALLE.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar aspectos relevantes de la satisfacción de usuarios
- Caracterizar los factores de Satisfacción e Insatisfacción de los usuarios en la atención de CENVALLE durante el periodo de estudio
- Proponer un instrumento de medición que se adapte a las necesidades de los usuarios de CENVALLE.

4. MARCO TEÓRICO

5.1. Satisfacción

¿Cómo se define la satisfacción?

La satisfacción, incita a pensar en cambios tecnológicos y de procesos que garanticen la prestación de productos o servicios de calidad. Dutka (1998), sostiene que las investigaciones acerca de la satisfacción del cliente señalaron que tanto los clientes satisfechos como los que no lo están influyen de manera decisiva sobre el desempeño básico de las empresas, y enumera 3 de esas conclusiones:

- Cien clientes satisfechos producen 25 nuevos clientes
- Por cada queja recibida, existen otros 20 clientes que opinan lo mismo pero que no se molestan en presentar la queja
- El coste de conseguir un nuevo cliente equivale a 5 veces el de mantener satisfecho al que ya está ganado

De igual manera concluye que las cifras difieren de una a otra empresa o industria, pero el mensaje es claro: los clientes satisfechos mejoran el movimiento del negocio y los insatisfechos, lo empeoran (Dutka, 1998, p. 16).

Medir la satisfacción, es una actividad compleja e incluso aún no se han determinado a ciencia cierta, mecanismos de recolección de datos que no influyan en las decisiones de los usuarios (Giese y Cote, 2000), teniendo en cuenta que ésta no depende sólo de la calidad de los servicios sino también de sus intereses. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas.

A este respecto, algunas empresas con el fin de garantizar una buena prestación de servicios, han implementado mecanismos de recolección de información como las encuestas y buzones de sugerencias, con las cuales pretenden evaluar la atención y saber cómo se sienten los usuarios, si se están cumpliendo con sus expectativas o si por el contrario habría que cambiar ciertas cosas.

Como bien se observa, el concepto de satisfacción ha sido analizado desde diferentes áreas científicas, así el objetivo de cada profesional que analiza la satisfacción del cliente, varía de acuerdo al empleo que le dé a la misma. En el área de la salud, por ejemplo, la satisfacción es un indicador que mide la utilización de servicios sanitarios y su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas. Las expectativas en la atención en salud es una tarea complicada de realizar, pues lo más importante en cualquier servicio es lo que se le brinde al paciente, cumplir con una importante función social y humanitaria en la comunidad, pese a las dificultades sociales, económicas y políticas que afronta el Sistema Nacional de Salud, para el caso colombiano.

5.2. ¿Cómo ha evolucionado el concepto?

Partimos de un concepto que nos permita ir analizando el propio término y haciendo algunas conjeturas del mismo. Como se evidenció anteriormente, el concepto de satisfacción, ha ido

cambiando de acuerdo al área de estudio a lo largo del tiempo. Sus inicios se enmarcan en la Ley de la oferta y la demanda, con el ánimo de superar aquellos déficits económicos producto de la producción en masa, cuyos costos de producción inicialmente fueron superiores, ocasionando altos precios al producto final (enciclopedias). Posterior a la Revolución Industrial, surgen la economía de escala, bajando significativamente los precios de los productos, entre los pioneros de esta revolución se encuentra Henry Ford (Quiroz, 2010, pp.75-87).

Para la década del 70 del siglo pasado, la satisfacción se había convertido en el centro de todo el mercado con más de 500 publicaciones relacionadas (Hunt 1982), y unos 15.000 artículos académicos escritos que abarcaban la satisfacción o insatisfacción en los últimos veinte años, algunos de ellos son: Howard y Sheth, 1969; Hunt, 1977; Oliver, 1981; Churchill y Surprenant, 1982; Kotler y Dubois, 1993/4; Evrard, 1993/4.

En la actualidad, la satisfacción del cliente es multidimensional y se enfoca en conceptos como: deseos, necesidades y expectativas. En el escenario de la salud, el cliente es llamado usuario o paciente y está relacionada a una serie de prioridades respecto a “la mejora en el acceso al sistema, la participación del ciudadano, la continuidad en la asistencia por un mismo especialista o la libre elección de unos servicios sanitarios que pretenden ser más personalizados, confortables y de alta calidad humana y científico técnica” (Díaz, 2002, pp. 22-29).

Desde esta perspectiva, se han analizado teorías de la satisfacción más extendidas, y sobre la que existe mayor solidez empírica, se destaca la correspondiente al denominado paradigma de la “desconfirmación” de expectativas, en la cual se propone que los resultados finales de cualquier comportamiento están sujetos a las expectativas que se tiene del mismo y se relaciona con la percepción que las personas tienen sobre la situación en la que se encuentran (Balkwell, 1991; Zhang, Song, Hackett, & Bycio, 2006). En otras palabras, la forma en que las personas se van a comportar en relación a los otros y también con la forma en que los otros deberían comportarse.

Así la valoración que resulta de dichos comportamientos, se mide a través de determinadas variables como la percepción y ciertos estándares de comparación, entre ellos, las necesidades, las expectativas, los deseos, la experiencia, entre otras.

En esta misma línea, Philip Kotler define la satisfacción como "el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas"(Kotler, 2001, p.6). Igualmente, Hulka (1970), entiende que la satisfacción se concreta en la suma de los factores de satisfacción con la competencia profesional, relacionada con sus cualidades personales para interactuar. Es decir, la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el usuario esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia), es decir, la diferencia entre las expectativas y las percepciones respecto al servicio prestado.

Así, los factores de satisfacción del paciente, están estrechamente vinculados a la relación médico-paciente, enfermera-paciente, personal de atención en salud - paciente, aunados a las relaciones con sus familiares. Algunas quejas comunes entre los pacientes de cualquier ámbito de la salud, están relacionadas con la inadecuada calidad de la información que reciben, oportunidad en la asignación de citas y tiempos de espera. En consecuencia, es importante en términos de calidad, evidenciar todas las fallas que se puedan presentar y tomar acciones que permitan generar cambios contundentes de tal manera que los usuarios y equipo médico, se sientan cómodos y motivados frente al servicio prestado, "una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente" (Koss, 1954).

En suma, la satisfacción es entendida "como un elemento deseable e importante en la actuación médica y del personal médico, pero intuitivamente entendido por todos, sin que exista un acuerdo en su significado empírico" (Pascoe, 1983: 185-418). Desde esta perspectiva, es importante que el personal médico conozca, entienda y asuma el lugar del paciente para

incrementar su satisfacción y la calidad en la asistencia sanitaria (Lamata y colaboradores, 1994). Conocer las necesidades del paciente y lo que espera del servicio, permite entender y formular objetivos viables de calidad, una participación activa del paciente en los procesos asistenciales sin duda representa efectividad y eficiencia en la búsqueda de satisfacción del paciente.

En esta línea, diseñar servicios de manera adecuada facilita no solo al auge y posicionamiento de una institución, sino que también garantiza impactos positivos en cuanto a satisfacción y eficiencia. Para medir la satisfacción, se han diseñado diferentes modelos y enfoques de gestión, que se han aplicado también en el área de la salud tratando con gran énfasis el tema de calidad y excelencia, donde la satisfacción del usuario es considerada un indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud.

5.3. La satisfacción de usuarios y el concepto de calidad

¿Porque la satisfacción de usuarios se relaciona con la calidad?

Las expectativas del paciente están directamente relacionadas con la satisfacción en términos de calidad, dentro de este contexto, la calidad es un término multidimensional que supone concepciones diferentes, tanto en el tiempo, como en función de quien lo utilice, pues implica el necesario juicio de valor individual y colectivo en relación a la percepción y expectativas (Jiménez, 2004:30). Sin embargo, es la perspectiva del usuario-paciente la que fundamenta el curso de acciones a seguir cuando sus expectativas no son satisfechas, para lo cual es menester realizar cuestionarios periódicos interrogatorios a los usuarios-pacientes a fin de corroborar su percepción sobre las características del servicio suministrado, es decir, se necesita conocer la calidad percibida (Hernández, 2013: 663-671).

Frente a esto, la estrecha relación entre satisfacción y calidad es la que permite adecuar los servicios prestados a las expectativas del paciente. Por tanto, identificar las necesidades del

paciente, tener conocimiento de lo que esperan del servicio, incluye el estudio de estas expectativas. O'Connor considera que las expectativas del paciente son fundamentales a la hora de la formación del grado de satisfacción sobre la calidad del servicio sanitario recibido (O'Connor y colaboradores, 1998: 96-103).

Autores como Parasuraman (1988), concluye que al cliente le es más difícil evaluar la calidad del servicio que la calidad de los productos y también que hay diferencias entre las percepciones y comportamientos de los consumidores que hacen más difícil para los proveedores de servicios evaluar la satisfacción de los clientes (1998, p. 14). En consecuencia, estas evaluaciones no se realizan sólo al momento de la entrega, sino también en todo el proceso de realización de este, a fin de poder operativizar el proceso de manera eficaz.

Ahora bien, la calidad no está relacionada directamente con aspectos físicos o monetarios de algo, "si el producto o servicio satisface o sobrepasa las expectativas del cliente una y otra vez, entonces estaría en la mente del cliente un servicio de calidad" (Berry, 1995, p.2). Por su parte Juran (1990), identifica dos características que determinan la calidad: la primera se refiere al comportamiento del servicio, es decir si el servicio logra satisfacer a los clientes, si logra mantenerlos. El segundo se refiere a la ausencia de deficiencias, que abarca la insatisfacción de los clientes hacia el servicio, lo que provoca una queja o reclamo por parte del cliente. Según el autor, lo que se debe hacer constantemente es prevenir en lugar de corregir, para ello es importante analizar todo el proceso de producción, además, orienta el concepto de calidad como un todo, no se puede delegar, cada individuo o parte de la compañía debe tener claro como meta la calidad en cada una de las funciones desarrolladas, a esto se le conoce como auto supervisión (1990, p.65).

Teoría reforzada por Galgano (1993), quien define calidad como la referencia y el objetivo de cualquier actividad desarrollada en una empresa. Los clientes pretenden un resultado global, de

manera que no es posible cuidar de un solo factor sin tener en cuenta los restantes, la persecución de un objetivo limitado puede comprometer la satisfacción del cliente (Galgano, 1993, p.32).

En los servicios de salud, la calidad se evalúa a partir de dos dimensiones relacionadas, pero diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan”(Ross, Zeballos, Infante, 2000, pp. 93 -98).

Un referente teórico de la calidad técnica es el doctor Vedis Donabedian (1984) quien define la calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Para ello propone como fundamental, la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos (Donabedian, 1984, p.726). La calidad percibida por su parte, permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios⁴.

En este sentido, se confirma que la calidad es el resultado de comparar las expectativas versus las percepciones sobre el desempeño. El rol que tienen las expectativas en la evaluación de los servicios por parte de los consumidores, es la columna vertebral del estudio de autores como Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), las percepciones por su parte son el soporte de estudios de

⁴ Ver: <https://sms.carm.es/somosmas/web/programaemca/calidad-percibida>

autores como Cronin y Taylor (1994), quienes las estiman como punto referencia para la evaluación de los servicios.

Durante el proceso de análisis y evaluación de calidad, se debe tener en cuenta quien analiza y quien evalúa, cuando se habla de calidad subjetiva se refiere al cliente de un producto o servicio que está sujeto a su percepción en el cumplimiento de sus necesidades, expectativas y requisitos. Cuando se habla de calidad objetiva, se refiere al productor, donde desde su punto de vista la calidad está relacionada con el producto o servicio enmarcado dentro de los estándares que el elija y donde involucra las necesidades y expectativas que ha podido identificar en sus clientes (Vásquez, 1996, p.47).

En este sentido, ambos conceptos calidad subjetiva y satisfacción hacen referencia al análisis que realiza el comprador sobre el servicio o producto, teniendo presente su experiencia de compra y sus expectativas, para algunos autores son sinónimos (Liljander, 1995), sin embargo, otros no los relacionan entre si y consideran que la calidad antecede la satisfacción, lo que da espacio a que no hay una verdad única al respecto (Wicks, 2002).

5.3.1. Medición de satisfacción de los usuarios (instrumentos)

En cuanto a los instrumentos de medida, se pueden mencionar los cuestionarios, las entrevistas, los ensayos, los documentos, registros grabados, diarios, cuadernos de campo, fotografías, grabaciones (audio, video y audiovisuales), mapas, y escalas de medición entre otros. Sin embargo, mencionaremos dos instrumentos que contienen indicadores preestablecidos, los cuales se acoplan a esta investigación para evaluar la calidad de los servicios:

5.3.1.1. SERVQUAL.

Es una herramienta de escala múltiple elaborada por Parasuraman A.; Zeithalm, V.A.; y Berry, L.L. (1988), mide la percepción de la calidad de los usuarios de cualquier servicio, la cual es entendida como el juicio de un cliente acerca de la superioridad o excelencia total de una entidad, relaciona: la calidad con la actitud; la calidad contra la satisfacción; y las expectativas contra las percepciones (1988, pp. 13 -14).

El instrumento mide cinco dimensiones:

Confiabilidad: Muestra la capacidad de proporcionar servicios con precisión, a tiempo y de manera creíble, el cual se relaciona directamente con el cumplimiento de la promesa de servicio ofrecida.

Capacidad de respuesta: refiriéndose a la oportunidad que tiene la empresa en la capacidad de respuesta a las solicitudes recibidas.

Seguridad: Forma en que se ejecutan los servicios de forma fiable.

Empatía: enfocada en la atención individual en la prestación de los servicios

Elementos tangibles: constituida por todos aquellos que hacen parte de la prestación del servicio, como las instalaciones físicas, personal, materiales de comunicación.

Dichas dimensiones fueron transformadas en 22 afirmaciones que son medidas, primero como expectativas y posteriormente como percepciones. Cada afirmación se mide con una escala de evaluación de Likert⁵ de 7 puntos que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Esta herramienta ha sido aplicada ampliamente, tanto en empresas o negocios como en unidades de información.

⁵ Likert: Escala numérica para medir la opinión de los clientes. Va de una calificación de 1 al 7, en donde, 1 representa el puntaje más bajo, es decir, cuando el cliente está en total desacuerdo, y 7 representa el puntaje más alto, es decir, cuando el cliente está en muy de acuerdo con la pregunta.

Según Matsumoto (2014), los autores justifican el modelo a partir de cinco brechas que distancian la entrega del servicio, de la satisfacción del cliente respecto a la calidad, las cuales son:

Brecha 1: Diferencia entre las expectativas de los clientes y las percepciones de los directivos de la empresa. Si los directivos de la organización no comprenden las necesidades de los clientes, difícilmente podrán impulsar y desarrollar acciones para lograr la satisfacción de esas necesidades y expectativas.

- **Brecha 2:** Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones de las normas de calidad. El factor que debe estar presente para evitar esta brecha es la traducción de las expectativas, conocida a especificaciones de las normas de la calidad del servicio.

- **Brecha 3:** Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio. La calidad del servicio no será posible si las normas y procedimientos no se cumplen.

- **Brecha 4:** Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. Para el Servqual, uno de los factores claves en la formación de las expectativas, es la comunicación externa de la organización proveedora. Las promesas que la empresa hace, y la publicidad que realiza afectará a las expectativas.

- **Brecha 5:** Es la brecha global. Es la diferencia entre las expectativas de los clientes frente a las percepciones de ellos.

El objeto de estas brechas es identificar las fallas de acuerdo a cada proceso, y ejecutar acciones que superen la falla.

5.3.1.2. SERVPERF.

Es una escala de medición desarrollada por Cronin y Taylor (1992), como resultado a la crítica a la escala SERVQUAL. La herramienta incluye únicamente las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño recibido del modelo SERVQUAL. Reduce por tanto a la

mitad las mediciones, la aplicación de esta herramienta nos lleva a considerar que la calidad del servicio será tanto mejor cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones.

Es una medición basada en el desempeño, en el rendimiento del servicio. Siguiendo a Carman (1990) afirma que el modelo SERVQUAL no contaba con fundamentos teóricos y empíricos para medir la calidad de servicio percibida. De esta manera, el instrumento se plantea como una alternativa al SERVQUAL, donde se expone que SERVPERF tendrá una mejor aceptación debido a que la medición exclusivamente de la percepción del desempeño refleja con mayor exactitud la realidad del servicio prestado (Bach, 2016).

En síntesis, los autores concluyeron que la satisfacción del cliente es producto de la calidad del servicio y que ésta influye en la intención de compra del cliente, el servicio influye más en la satisfacción del cliente que en la intención de compra (Cronin y Taylor, 1992). La calidad dentro de los servicios está supeditada a la calidad percibida, siguiendo a Parasuraman (1985), las percepciones son la medida que más se ajusta al análisis, toda vez que no existen medidas objetivas (1985, p.16).

Análisis diferencial de los modelos:

SERVQUAL	SERVPEF
Analiza percepciones y expectativas	Analiza perspectivas
Tiene 5 dimensiones	Tiene 5 dimensiones
Usan escala de medición tipo Likert	Usan escala de medición tipo Likert
El formulario requiere de 22 preguntas se convierten en 44 al tener que preguntar 2 veces	Usa solo 22 preguntas, una sola vez

5.4. Gerencia y satisfacción de usuarios

La calidad del servicio, como bien describen lehtinen & lehtinen (1982) se produce en la interacción entre un cliente y los elementos de la organización prestadora del servicio, la evaluación resultante de dicha interacción determina la satisfacción del usuario y esta a su vez, garantiza la estabilidad de las empresas.

Si bien la calidad debe ser en todas las empresas de interés de todos, sin duda, quien da las primeras indicaciones deben ser los Gerentes. En el servicio de salud de CENVALLE específicamente, el gerente, profesionales clínicos y administrativos son los protagonistas de todo programa de mejoramiento de calidad, todos desde el inicio de la relación laboral, adquieren este compromiso, a fin de poder en la realidad, satisfacer a los usuarios, mejorar el desempeño de su red de servicios desde un enfoque científico.

La relación gerencia – satisfacción, va más allá de la simple función de prestación del servicio, incluye, además, estrategias educativas, de preparación, cambio y adquisición de hábitos que garanticen continuidad y garantía del servicio. En CENVALLE por ejemplo, se hacen recomendaciones que conciencien a las personas, marquen en ellas un cambio en los hábitos alimenticios, del deporte y control en salud, que les permita gozar de una vida saludable. Además, de mantener, restaurar y promover la salud de modo que todos los esfuerzos técnicos, administrativos y científicos se enfoquen en la mejora de la calidad de la atención al paciente, quien posteriormente será quien evalúe el servicio.

Con base a lo anterior, el gerente es el líder de la empresa y debe convertirse en facilitador de toda iniciativa que favorezca la calidad del servicio enfocada en la satisfacción del paciente en el caso de la salud. También deben considerar las consecuencias de sus políticas y prácticas administrativas y deben estar dispuestos a cambiar las que, accidentalmente, resulten en una peor calidad. Los dirigentes tienen la responsabilidad de establecer un sistema adecuado, determinar las

necesidades de los clientes y evaluar las implicaciones de dichas necesidades para la elaboración de productos y procesos, además de establecer los equipos para los diferentes proyectos, asegurarse de que se lleve a cabo la capacitación necesaria y crear las estructuras para verificar la efectividad de los macro procesos institucionales, mejorar la calidad implica cerrar las brechas existentes (Gilmore y Moraes, 1996, pp.20-27).

5.5. RESEÑA DEL CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE - CENVALLE SAS

CENVALLE SAS, es una empresa del área de la salud, que ofrece servicios de estudios diagnósticos y terapéuticos gastrointestinales. Inicio sus actividades en la ciudad de Cali el 07 de septiembre del 2010, con registro de cámara de comercio número mercantil 800187-16, NIT 900.380.599-3 y registro de prestación de servicios de Salud de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, con sus sedes ubicadas una dentro de las instalaciones del hospital San Juan de Dios en la carrera 4 #17-67 segundo piso, y en el barrio Tequendama en la carrera 43 #5b-41 en la ciudad de Cali⁶.

5.5.1. Misión

Somos una unidad integral que presta a la comunidad servicios de estudios diagnósticos y terapéuticos gastrointestinales, con un equipo humano idóneo, tecnología de punta, seguridad y atención humanizada, para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios.

5.5.2. Visión

Ser reconocidos en el 2020, como la mejor unidad integral de servicios de estudios diagnósticos y terapéuticos gastrointestinales, del suroccidente colombiano y centro de referencia en terapéutica avanzada, educación e investigación, por la idoneidad de su recurso humano, la

⁶ Ver: www.cenvalle.com

utilización de tecnología de punta, el enfoque de riesgo permanente para la seguridad de los pacientes y el mejoramiento continuo en los procesos, para una atención con calidad.

5.5.3. Valores Corporativos

Responsabilidad

Actuamos responsablemente frente a nuestras decisiones y obligaciones, para con la organización, nuestro usuario, el cliente, y la sociedad, cumpliendo con las expectativas y exigencias de los mismos y permitiéndonos cumplir nuestras metas y objetivos.

Seguridad

Adoptamos prácticas seguras en todas nuestras actividades y comportamientos, para proteger los clientes externos e internos, los bienes, la imagen de la empresa y la información sensible, para garantizar condiciones favorables en la prestación del servicio.

Vocación de servicio

Asumimos el máximo compromiso con dedicación y esfuerzo frente a la calidad de la atención, el respeto a la integridad de nuestros pacientes, claridad en la información y la sensibilización hacia la persona como eje central

5.5.4. Servicios ofertados

Endoscopia digestiva superior diagnóstica:

Es un procedimiento diagnóstico, que permite la exploración del esófago, el estómago y el duodeno (primera porción del intestino delgado) en pacientes con manifestaciones clínicas de enfermedades del tracto digestivo alto (faringe, esófago, estómago y duodeno). No es doloroso, pero es incómodo y molesto para el paciente. En algunos casos se puede realizar bajo sedación para facilitar el procedimiento por lo cual después de recibir información tendrá que firmar un consentimiento adicional.

Endoscopia digestiva superior terapéutica:

La endoscopia digestiva alta es una técnica indolora cuyo propósito es la visualización del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno). La prueba consiste en introducir un tubo flexible por la boca para ver el esófago, estómago y duodeno. Es importante estar relajado durante la prueba y respirar despacio por la boca o la nariz. No se debe tragar la saliva dejándola caer libremente. Si se considera necesario puede administrarse un sedante o un anestésico local para disminuir las molestias.

Los principales proveedores que intervienen en la entrega de los servicios de salud están representados por los médicos, odontólogos, enfermeras, estudiantes de medicina y personal de apoyo, éstos se pueden segmentar en dos categorías: los preventivos: destinados a mantener la salud del individuo; y los curativos y de rehabilitación: destinados a devolver la salud a los pacientes [2]. ***Video cápsula endoscópica:***

Es una técnica de diagnóstico muy segura y cómoda para los pacientes, que permite examinar con detalle el tracto digestivo alto en especial el esófago y el intestino delgado desde el duodeno hasta el íleon.

Endoscopia digestiva inferior diagnóstica (colonoscopia):

Es un procedimiento médico que se realiza con fines de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de pacientes con enfermedades del tracto digestivo inferior (Colon, recto y ano).

Endoscopia digestiva inferior terapéutica (colonoscopia):

La colocación de dispositivos (stents) en el colon es un procedimiento terapéutico no quirúrgico que permite mejorar las condiciones clínicas de los pacientes con obstrucción de la luz intestinal por lesiones benignas o malignas del colon que no tienen opciones de tratamiento quirúrgico.

Páncreas y vías biliares endoscopia diagnóstica y terapéutica (cper):

La Colangio Pancreatografía Endoscópica Retrograda (CPRE) es un procedimiento indicado para el diagnóstico y tratamiento de lesiones inflamatorias y tumorales del páncreas y sus conductos, la vía biliar (pequeños conductos que conducen la bilis desde el hígado a la vesícula), la ampolla o papila de Vater localizada en la segunda porción del duodeno (donde se inicia el intestino delgado) y el esfínter de Oddi (unión del conducto pancreático con el colédoco).

Ph metría esofágica:

Es el paso del contenido gástrico hacia el esófago de manera episódica frecuente, a menudo con episodios nocturnos y causa síntomas molestos tales como acidez, regurgitación y dificultad para tragar los alimentos, dolor torácico, hipersalivación, sensación de globus faríngeo, odinofagia (dolor al tragar los alimentos) y náuseas sin foco aparente; los síntomas habitualmente se asocian a evidencia endoscópica o histopatológica de grados variables de inflamación, esofagitis erosiva, úlceras y esófago de Barrett (Se cambia el epitelio escamoso estratificado normal del tercio inferior del esófago, por epitelio columnar; esta condición clínica predispone al cáncer de esófago y la estenosis esofágica o péptica).

Manometría:

Es un procedimiento diagnóstico para evaluar la función motora del esófago, el órgano del aparato digestivo de forma tubular por el que pasa el alimento de la boca al estómago. Existen dos tipos de manometría: la convencional y la de alta resolución. La diferencia está dada por el número de sensores de presión distribuidos en cada catéter esofágico. (4 a 8 vs 20 a 36 canales respectivamente) permitiendo así la mayor precisión en evaluación de la motilidad esofágica y la presión del esfínter esofágico superior e inferior. Se miden las presiones intraluminales, el movimiento peristáltico y el tránsito del bolo alimentario en el esófago.

Traqueostomía:

Una traqueostomía es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de una incisión ejecutada en el cuello, y la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

Consulta médica:

La Unidad de Endoscopia Digestiva, cuenta con modernas instalaciones, siete salas de procedimientos, equipos de última generación y todas las especialidades médicas para todo procedimiento endoscópico. Nuestro personal médico está especializado en endoscopia digestiva, con entrenamiento en gastroenterología, cirugía general, coloproctología, y cirugía pediátrica, además de formación en sedación.

Patologías:

Tratamiento y cuidado preventivo de enfermedades relacionadas con el aparato digestivo: Absceso Hepático, Apendicitis Aguda, Cálculos en la Vesícula, Cáncer de Páncreas, Cirrosis Hepática, Colangitis, Diarrea Aguda, Dispepsia, Enfermedad de Crohn, Esófago de Barrett, Fisura Anal, Gastroparesia, Hemocromatosis, Hepatitis A, Hepatitis C.

Sedación:

Es una combinación de un medicamento para ayudarlo a relajarse (un sedante) y uno para bloquear el dolor (un anestésico) durante un procedimiento médico o dental. Usted probablemente permanecerá despierto, pero tal vez no pueda hablar. La sedación consciente le permite recuperarse rápidamente y retornar a sus actividades cotidianas poco después del procedimiento.

Ultrasonografía endoscópica diagnóstica/terapéutica:

La ultrasonografía es un método diagnóstico que permite evaluar diferentes estructuras anatómicas del paciente sin necesidad de utilización de medios de contraste. Su nombre sonografía, proviene del inglés sonography, y a los médicos que la ejercen se les denomina sonólogos, del inglés sonologist. En los países de habla hispana se adoptó erróneamente el nombre «Ecografía»,

palabra que significa un tipo de afasia en que el paciente puede copiar escritos, mas no expresar sus propias ideas. La ecografía, mejor llamada ultrasonografía, es una técnica de imágenes que utiliza como señal el ultrasonido (US), emitido por cristales especiales ubicados en el transductor, en los que, por efecto de la energía eléctrica, cambia la disposición espacial de las moléculas, generando una nueva energía mecánica. Este US penetra los tejidos y, dependiendo de la presencia de interfaces (cambios de densidad), retorna hacia los cristales de emisión (ecos), los que en ese momento están en reposo; los estimula y convierte la energía mecánica en impulso electrónico, el que es transmitido por el cable del transductor al software del equipo, para ser como un método no invasivo, que permite diferenciar las estructuras solidas de las estructuras liquidas.

Diagnóstico y rehabilitación del piso pélvico:

El suelo pélvico o periné, es el conjunto de músculos y membranas que cierran la parte inferior del abdomen, comportándose como una hamaca flexible de apoyo para la vejiga, el aparato genital interno (vagina y útero) y el recto. La patología asociada al suelo pélvico deriva de los órganos que sostiene (recto, vagina-útero y vejiga), en la medida que la debilidad o disfunción de éstos músculos del suelo pélvico ocasiona una mala posición de los órganos mencionados, ocasionando su descenso (prolapso) y puede alterarse la continencia urinaria y/o fecal. La disfunción del suelo pélvico, que incluye principalmente la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso uterino, afecta al menos a un tercio de las mujeres adultas. Prolapsos genitales debido al debilitamiento de las estructuras de sostén del suelo pélvico, la vejiga, el útero (o en su caso la cúpula vaginal en las mujeres operadas) y el recto pueden protuir a través de la vagina ocasionando molestias como: sensación de peso, aparición de “bultos” que asoman por vagina, dolor con en las relaciones sexuales y erosiones en la mucosa vaginal expuesta. Incontinencia urinaria.

5. MARCO METODOLOGICO

En este apartado se presentan los fundamentos metodológicos que soportan el instrumento desarrollado para medir el grado de satisfacción de los pacientes que usan los servicios del CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE - CENVALLE, describiéndose el diseño, técnica y herramientas de investigación utilizadas.

El diseño metodológico propuesto para el desarrollo de este trabajo es mixto: cualitativo y cuantitativo. Requiere del método cualitativo, pues permite obtener una visión de las expectativas, los conceptos, creencias, normas morales y mitos que conforman la cultura (Reyes, 1993, p. 84), a partir de las cuales se establecen las reglas generales que utilizan los clientes para evaluar la calidad del servicio. Por otro lado, se requiere una metodología cuantitativa, cuyo uso se materializa en la obtención de información clasificada de muchos casos, y cuyos datos obtenidos pueden ser fácilmente extrapolados a la población en general (Batanero, Díaz. 2011, p. 66).

La técnica cualitativa de investigación social implementada para captar el sentir, el pensar y las experiencias de las personas, durante el proceso médico de un examen endoscópico, fue el *FOCUS GROUP*, el cual nos permitió obtener datos fundamentales para el objeto del trabajo.

Kitzinger (1995) define el focus group como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. Los resultados obtenidos permitieron diseñar, adaptar y validar un instrumento de medición de satisfacción apto para ser aplicado en un centro endoscópico, teniendo en cuenta que este tipo de procedimientos requieren de una preparación previa que implica sacrificios para el usuario, ejemplo: ayunos de 24 horas y aplicación de medicamentos que generan malestar general, y que

exigen atención pronta desde la recepción del paciente en el centro médico. Para ello, se seleccionaron tres dimensiones: Hábitos, Factores de satisfacción e insatisfacción y expectativas del paciente.

A partir de estas dimensiones, se estructuraron una serie de preguntas que fueron discutidas en el Grupo de Discusión. La técnica se aplicó en una muestra intencional compuesta por 7 miembros (5 mujeres y 2 hombres), con un rango de edad de 40 a 60 años, teniendo en cuenta que es la edad promedio en el que se realizan este tipo de exámenes. La cantidad de personas a entrevistar de acuerdo al género, se toma en razón a las consultas validadas en el centro de endoscopia del valle, siendo más frecuente este tipo de exámenes en mujeres con un 68% que en hombres con un 32%. El tiempo de duración del ejercicio fue de cuarenta y cinco minutos con cuarenta y cinco segundos.

5.1. Focus Group - Resultado del análisis cualitativo

DIMENSIÓN 1. HÁBITOS DE PACIENTES ENDOSCÓPICOS

P1. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó este tipo de examen?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
De los exámenes en un centro médico de endoscopias, el promedio de realización es un mes de vigencia, se resalta que las mujeres son quienes tienen sus exámenes más recientes.	Se evidencia que entre las mujeres es común decir “ya me había realizado otros procedimientos”

P2. ¿Se lo había realizado antes? ¿Cuántas veces?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
Respecto a la pregunta se han realizado anteriormente este examen, el 57% de las mujeres responde que sí, al menos 2 veces. Los hombres, que corresponden al 28% no se han realizado anteriormente este tipo de exámenes.	Las mujeres son mayoría en este tipo de procesos Los hombres se realizan una vez el examen, sin intenciones de repetición (endoscópica, colonoscopia)

P3. ¿Porque se realizó el procedimiento?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
Los síntomas son repetitivos. En endoscopias los síntomas suelen ser: dolor abdominal, reflujo, vómitos, pesadez, acidez, llenura, acumulación de gases y algunos.	Los síntomas eran insoportables Lo mío era urgente porque vomitaba mucho
En colonoscopias: dolor abdominal, acumulación de gases, estreñimiento, acidez.	

P4. ¿Cómo encontró este centro clínico, alguien se lo recomendó?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 42% de los participantes han realizado el examen por medio de la EPS. Y el 58% prefieren el servicio particular.	La preferencia a realizar el procedimiento particular, es la atención oportuna y amable. Las citas son más rápidas al igual que la atención.

P5. ¿Nos puede contar cómo fue el proceso desde que le pidieron el examen? Es decir, desde que consigue la cita, durante el procedimiento y la entrega de resultados.

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 42% de los participantes que asistieron a su EPS para realizar el examen aseguran que fue un proceso traumático, demorado e inoportuno en materia de atención.	Es mejor solicitar estos procedimientos de manera particular para no esperar tanto por los resultados ni esperar para la atención
El 58% de los participantes que asistieron a consultorio particular aseguran que fue excelente, rápido y muy tranquilo	

P6. ¿Ha visitado otros centros de endoscopia?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 71% manifiesta haber visitado otros centros médicos de este tipo.	Quienes conocen otros centros, particularmente es porque se han practicado al menos dos procedimientos.
El 19% de los participantes no conocen otro centro de atención de este tipo de servicio.	

P7. ¿Por qué eligió ese centro y no otro?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 42% de las pacientes se realizó el procedimiento en ese centro médico porque lo remitió su EPS. El 58% de los pacientes porque les han recomendado el lugar.	Prefieren realizarlo particular, aun cuando su EPS los remita a su cadena de prestadores de servicios.

P8. ¿Qué sugerencias tiene para la atención?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 42% de las pacientes que realizó el procedimiento en ese centro médico de su EPS, sugiere oportunidad en citas y atención inmediata en el momento de la consulta. El 58% de los pacientes que asistieron a centro médico particular, no tienen sugerencias.	Me citaron a las 12 del mediodía, sin comer 24 horas antes y me atendieron a las 4 de la tarde.

¿Considera que este centro clínico debería incluir nuevos servicios? ¿Cuáles?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 100% de los participantes manifiestan que no	Los pacientes prefieren los centros especializados porque así evitan esperar mucho tiempo en la atención y realización del procedimiento.

Interpretación:

Respecto a los hábitos del paciente de un centro médico endoscópico, se puede evidenciar que es una prueba compleja, requiere de cuidados especiales que permiten obtener resultados acertados sobre el estado de salud de las personas, en este caso, los cambios en el aparato digestivo. Sin duda, deja incomodidades e incluso dolor durante o después de su realización, razón por la cual se puede realizar con sedación si el paciente lo solicita.

Ahora bien, evaluar los hábitos del paciente permite reconocer cuales son los factores que influyen sobre la satisfacción del mismo, cuáles son sus necesidades, sus problemas. En este caso, se evidencia que una problemática persistente es la oportunidad en la asignación de citas cuando se trata de un establecimiento adscrito a una EPS, al igual que el tiempo de espera antes del procedimiento. En consultorios privados los tiempos se minimizan, pero es común en ambos casos, las molestias que causan los preparatorios y el procedimiento como tal.

La preferencia de los centros médicos privados ante la atención de la EPS para este tipo de procedimientos, es evidente, les da más tranquilidad y seguridad a los pacientes.

DIMENSIÓN 2. FACTORES DE SATISFACCION E INSATISFACCION

P1. ¿Qué centros de Endoscopia conoce? Y P2. ¿A cuáles ha ido? ¿Por qué?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
Las personas indagadas se ubican en el Valle del Cauca, capital Cali. Se presenta preferencia por la clínica Imbanaco, y se mencionan el Dr. Rozo, Endocirujanos y el Dr. Calonge.	Por la urgencia de mi examen preferí hacerlo particular.

P3. ¿Qué es lo mejor que recuerda?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
De las personas participantes, coinciden en manifestar tranquilidad en el proceso por parte del médico, la opción de sedación general y la mejoría de los síntomas.	Es diferente la atención en una clínica particular, da más tranquilidad y seguridad.

P4. ¿Qué es lo peor que recuerda?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 42.8% manifiestan que el resultado, 57% los preparatorios y el 0.2% la imagen del interior.	Nervios y ansiedad antes del resultado

P5. ¿Recomendaría ese centro a sus familiares y amigos?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 100% de los participantes manifiestan que si recomiendan el servicio prestado.	A pesar de haber referido fallas, al final, todos recomiendan el centro médico.

P6. ¿Qué aspectos mejoraría de la atención recibida?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
El 57.2% no le cambiaría nada, el 42.8% mejoraría los tiempos de atención y entrega de resultados	Sufrió mucha angustia antes del examen por la espera y posteriormente por el resultado

Interpretación:

Si bien las personas manifiestan que preferencia por los centros médicos particulares para realizarse exámenes de complejidad como las endoscopias y las colonscopias, se evidencia cierta contradicción en lo que se refiere a las sensaciones de seguridad y resultados lo que no refleja claridad, sin embargo, el 100% de los entrevistados recomienda el centro médico donde se realizó el examen.

Como pacientes, siempre se espera que el centro médico garantice una atención de calidad y hoy en día, estas necesidades son más exigentes, de ahí la importancia de analizar cuáles son los factores que determinan la satisfacción de los usuarios. De una forma general, la calidad de los cuidados en los centros médicos visitados por los entrevistados es buena, lo que se refleja en los resultados de satisfacción, tal como demuestran los resultados de la P5. ¿Recomendaría ese centro a sus familiares y amigos? Donde el 100% responde: sí. Sin embargo, hay opiniones mucho más favorables para los centros médicos privados.

Según Santos (2010), la satisfacción en los usuarios está asociada a la tasa de uso de los cuidados de salud, a la efectividad de los cuidados y al estado general de la salud. Lo que conduce a considerar que la mejora del aspecto relacional, no solo influiría en la satisfacción del usuario sino también en la efectividad de la atención, la oportunidad y la calidad del servicio. Según el

análisis de la encuesta, los usuarios se sienten más cómodos y seguros, cuando hay una buena comunicación, empatía y atención directa. De acuerdo con Melo (2005), “los cuidados más personalizados resultan en una mejor comunicación y mayor participación del usuario en el proceso terapéutico, la satisfacción con la prestación de cuidados aumenta su confianza en los servicios de salud, el cumplimiento de las orientaciones proporcionadas, la adhesión terapéutica, así como la recomendación a un familiar o amigo” (Melo, 2005: 3-4).

Cuando las expectativas del paciente respecto a la atención, cuidado y efectividad no son alcanzadas, surgen los sentimientos de insatisfacción que en su mayoría se relacionan con un conjunto de acciones de los profesionales de la salud, que entre los usuarios no son aceptados. Así la medición de la satisfacción de los usuarios, permite identificar potenciales fallas en la prestación del servicio, que necesitan mejoras acordes a las necesidades del paciente.

DIMENSIÓN 3. EXPECTATIVAS DEL PACIENTE

P1. ¿Cómo fue su experiencia en el centro médico de endoscopias?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
Respecto a esta pregunta, se puede inferir de las respuestas anteriores, que las personas asistieron a centros médicos particulares, porque de alguna manera reconocen que, en las EPS, los procesos pueden ser dispendiosos y complejos.	Es diferente la atención en una clínica particular, da más tranquilidad y seguridad.

P2. ¿Qué podría mencionar de la atención recibida por parte del médico? Y P3. ¿Qué podría mencionar del trato personal recibido por el personal en general?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
-------------------------------	-----------------

El 85.2% responde que sintió muy buen trato del médico y el personal en general y el 14.8% no quedó satisfecho con la atención del médico.	La gente siente seguridad cuando hay empatía hacia el médico tratante especialmente.
--	--

P4. ¿Qué le cambiaría al centro médico? P5. ¿Qué sugerencias tiene para la atención? y P6. ¿Qué aspectos mejoraría de la atención recibida?

Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
Se analizan de acuerdo a las anteriores preguntas y respuestas, encontrando que las expectativas respecto a la atención médica, fueron superadas. La mayoría tienen buen concepto de la atención del médico y del personal en general. Presentan algunas inconformidades con tiempos de espera, oportunidad de citas, pero sobre todo, la preparación previa al examen.	Se presenta angustia antes del examen por la incertidumbre de la enfermedad, por la demora en la asignación de cita en la EPS, por el tiempo de espera en el consultorio y por la demora en la entrega de resultados.

P8. ¿Qué le gustaría encontrar en un centro médico de endoscopias?

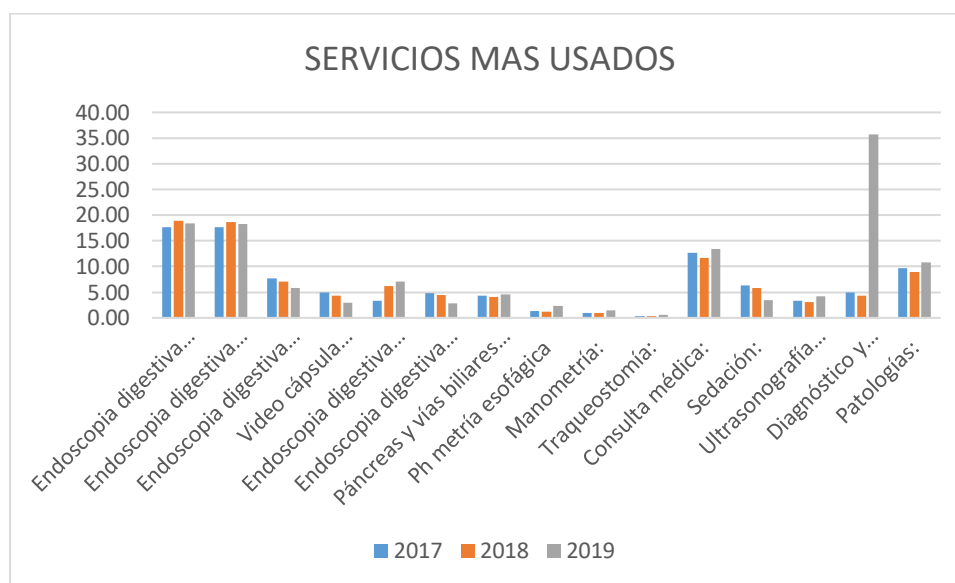
Resumen Breve/Aspectos Claves	Frases Notables
Atención inmediata el día de la cita, oportunidad en la cita, rapidez en la entrega de resultados y buena atención del médico y personal. Además mencionan comodidades en la sala de espera.	Que no tenga uno que elegir particular para sentirse cómodo, todos los centros médicos y clínicas deberían brindar un buen servicio, oportuno y de calidad

Interpretación:

Respecto a las expectativas del paciente frente a centros médicos endoscópicos, se puede interpretar que los valores de satisfacción del paciente están enmarcados en tres aspectos fundamentales: oportunidad, tiempo de espera y empatía con los profesionales de la salud. Los resultados obtenidos del focus group en la dimensión analizada, confirman la alta importancia concedida por los pacientes a la competencia y a la relación con los profesionales de la salud y

como dicha relación condiciona la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas previas, además de la accesibilidad, las instalaciones y la recepción.

5.2. Servicios más usados



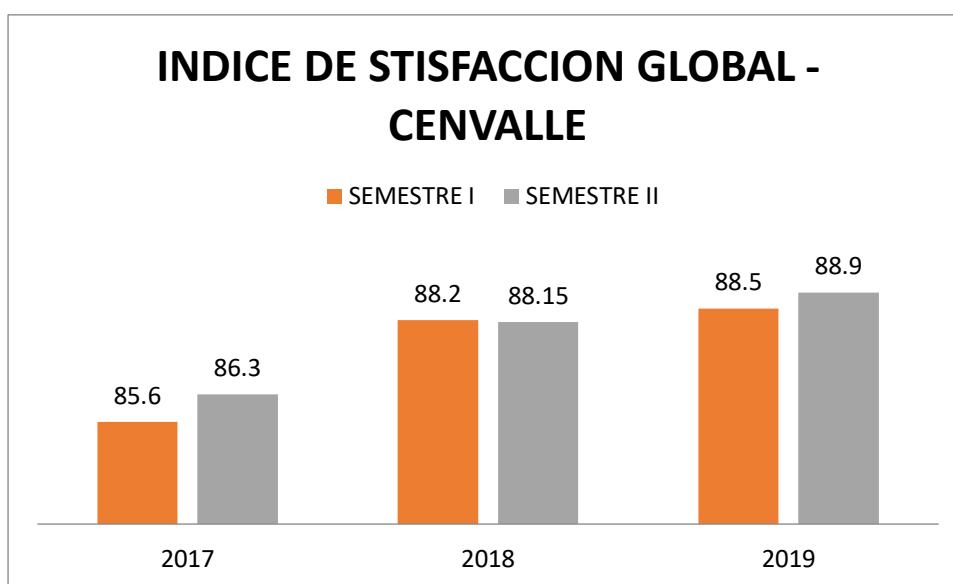
Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios CENVALLE

Como resultado del análisis de la gráfica, se evidencia que los servicios más usados durante el periodo de estudio son: Endoscopia digestiva superior diagnóstica, Endoscopia digestiva superior terapéutica, Endoscopia digestiva media diagnóstica y/o terapéutica y consulta médica. Razón fundamental para realizar el instrumento enfocado en la endoscopia digestiva.

Para la mejora continua de cada servicio, CENVALLE implementó un plan de calidad enfocado a conocer la satisfacción del paciente, durante los años 2017, 2018 y 2019. Posteriormente, quedó enmarcado dentro del Plan Estratégico de CENVALLE (2020-2024), el cual se enmarca en tres líneas estratégicas:

- **Infraestructura:** mantener la infraestructura física y médica necesaria para que esta actividad se realice de manera continuada en el tiempo.
- **Gestión Humana:** Todo el personal asistencial, administrativo y médico, reconoce y aplica en el desarrollo de sus actividades, herramientas para valorar la calidad percibida.
- **Satisfacción del cliente:** Conocer las expectativas de los ciudadanos y su grado de satisfacción en relación con la atención que reciben.

Para el logro de estas estrategias, se establecen como métodos de recolección de información directa y continúa de los clientes: La encuesta de satisfacción del usuario, Buzón de sugerencias y Plan de mejora. El indicador medido: Índice de satisfacción global de pacientes satisfechos con la atención sanitaria recibida en CENVALLE. La valoración del grado de satisfacción global con la atención recibida se realiza mediante una escala de 5 categorías, desde 1 “Muy insatisfecho” hasta 5 “Muy satisfecho”. El índice de satisfacción global (ISG) se calcula con el promedio de la satisfacción global de los servicios ofertados. A continuación, se evidencian resultados:



FUENTE: Encuesta de satisfacción de los usuarios.

De acuerdo a la gráfica, el índice de satisfacción global se evaluó semestralmente, se evidencia que durante los tres años evaluados, la tendencia a subir el indicador es en el segundo semestre, así, la atención recibida en el segundo semestre del año 2017 es de un 86,3%, el del año 2018 es de 88,15% y el de 2019 de 88,9% respectivamente, los resultados se mantienen similares durante los tres años evaluados.

El 80% de los servicios ofertados presentan índices de satisfacción global por encima de 85%, con un índice de satisfacción máximo de 88,9% y un índice de satisfacción mínimo de 85,6%. Los niveles de satisfacción que componen este índice se mantienen en la mayoría de áreas por encima del 90%. Sin embargo, se exponen las áreas con mayor nivel de satisfacción en el año 2019: Endoscopia digestiva superior diagnóstica presenta una satisfacción del 91, 95%; Endoscopia digestiva superior terapéutica presenta una satisfacción de 92,6%; endoscopia digestiva media diagnostica y/o terapéutica presenta una satisfacción del 90,1%; y consulta médica presenta una satisfacción de un 82,3%.

Los logros obtenidos durante el periodo de aplicación de la encuesta son: Se consiguió alinear los objetivos generales de la organización con el de los trabajadores; se aumenta la participación de los empleados en la identificación de problemas y en la propuesta de medidas de mejora; se establecen y dinamizan medios de comunicación entre los diferentes servicios y se mejorar la calidad percibida de los usuarios con un mínimo coste, de igual manera, se mejoran los indicadores del SGS-SST, satisfacción y fidelidad de los pacientes.

6. CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Endoscopia del Valle - CENVALLE S.A.S., especialista en estudios diagnósticos y terapéuticos gastrointestinales. Es una institución de

carácter privado y fue seleccionada por conveniencia y en virtud de que sus características estratégicas están orientadas al rescate de la calidad, lo cual involucra la satisfacción del usuario por cada servicio recibido, de igual manera, el resultado de este estudio brinda a CENVALLE, los indicadores necesarios para mejorar la calidad del servicio.

7.1 Cálculo de la muestra

El tamaño de la muestra se determinó según la demanda mensual de pacientes, registrada en la base de datos de CENVALLE, con un total de 1.200 usuarios en el primer semestre del 2020, utilizando la fórmula de cálculo de porcentajes para investigación descriptiva, aceptando un error estándar hasta del 5% (0.05), un nivel de confianza del 95%, asumiendo un $p = 0.5$ y $q = 0.5$. La fórmula aplicada es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población (1.200)

Z= Valor de confianza (1,96)

P= Porción de éxito (0,5)

Q= Porción de fracaso (0.5)

e = Error muestral (0.05)

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)(1.200)}{(0,05)^2(1.200-1) + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{(3,8416)(0,25)(1.200)}{(2,5 \times 10^{-3})(1.199) + (3,8416)(0,25)}$$

$$n = \frac{0,9604(1.200)}{2,9975 + 0,9604}$$

$$n = \frac{1.152,48}{3,9579}$$

$$n = 291,10$$

El resultado de la muestra es de 291 pacientes a intervenir, es decir, el 24% de la población objetivo, elegidos de forma aleatoria simple y de acuerdo a los criterios de selección (haberse realizado por lo menos un examen en un año como máximo en el centro médico, ser de cualquier sexo y mayores de 40 años).

7.2. Procedimiento

Se realizó una exhaustiva revisión teórica, de diferentes modelos de medición de la calidad del servicio, resaltando los modelos SERVQUAL y SERVPERF pertenecientes a la escuela norteamericana, más utilizados para la evaluación de la calidad del servicio (Gilmore y McMullan, 2009), por sus estrategias multidimensionales, fiabilidad y eficacia (Gálvez, 2016). Una revisión conceptual elaborada por Duque y Diosa (2014), refiere que los modelos de calidad del servicio SERVQUAL (SQ) de Parasuraman (1985, 1988) y SERVPERF de Cronin y Taylor (1994), fueron los más comunes y de mayor uso en los diferentes sectores en el período comprendido entre 2008-2014; sin embargo, identificaron que estos dos modelos presentan vacíos que no se han resuelto para medir la calidad del servicio, pese a que han sido probadas con cierto grado de éxito en diversas investigaciones (Gálvez, 2016 p. 68).

Teniendo en cuenta que SERVPERF utiliza una encuesta de solo 22 ítems, en comparación con SERVQUAL que es de 44, lo vuelve más manejable para el encuestado; por lo tanto, es la más recomendable para medir la calidad del servicio en cualquier contexto, siempre y cuando se midan las percepciones. La confiabilidad de este modelo ha sido resaltada por establecer su medición tomando como base al cliente, en donde la medición es exclusivamente de la percepción del desempeño; esto reflejaría una mayor exactitud de la realidad del servicio prestado, lo que la hace más confiable en comparación con otros modelos (Palacios, 2014).

Finalmente, Díaz (2005) afirma que el modelo SERVPERF es el más adecuado para medir la calidad del servicio en comparación con el modelo SERVQUAL debido a que evita la duplicidad de esfuerzos al incluir las expectativas de los usuarios, así como la complejidad en el análisis de los resultados.

En consecuencia, se adapta el modelo SERVPEF y se mantienen las 5 dimensiones del modelo:

1. Elementos tangibles
2. Fiabilidad
3. Capacidad de respuesta
4. Seguridad
5. Empatía

Qué de acuerdo al análisis cualitativo realizado reflejan las necesidades de CENVALLE y facilitan el desarrollo del proceso, se realiza a manera de cuestionario, dividido en dos secciones:

SECCIÓN 1:

Hace referencia a las generalidades, es decir información general y acerca de la persona a encuestar, entre estas preguntas se encuentran:

Fecha

Genero

Edad

Procedimiento a realizar

Nombre del especialista que realiza el procedimiento

Código cups

No se solicitaron nombres con el fin de hacer sentir al usuario en confianza acerca de la confidencialidad de la información que se brinda.

SECCIÓN 2:

En esta sección se indaga la percepción global del paciente, respecto a la calidad del servicio. Se aplicaron 21 preguntas (20 cerradas y 1 abierta), las cuales permiten identificar en qué grado de calidad se encuentra el servicio. La medición se realiza en la escala Likert, la cual evalúa el nivel de consenso con una declaración, modificada a 5 posibilidades de medición de 1 a 5, explicada al inicio de la sección.

La escala utilizada se muestra en la siguiente tabla y para cada pregunta el encuestado debía seleccionar una de las respuestas en la escala.

Tabla 1. Descripción de la escala utilizada

N	Descripción
1	Totalmente en desacuerdo
2	Moderadamente en desacuerdo
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4	Ligeramente de acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

FUENTE: Propia de las autoras

Las 21 preguntas están agrupadas en las 5 dimensiones de Calidad, que a su vez se han agrupado de la siguiente manera:

Elementos Tangibles y Fiabilidad: Preguntas 1 - 8

Seguridad y Empatía: 9 - 16

Capacidad de respuesta: 17 – 21

Tabla 2. Relación de las dimensiones objeto de análisis.

DIMENSION	ITEM	ASPECTO VALORADO
VALORACIÓN DE OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO (ELEMENTOS TANGIBLES Y FIABILIDAD)	1	La publicidad de CENVALLE (folletos, vallas, información...), es suficiente y oportuna.
	2	En CENVALLE, los turnos para cita son rápidos, fáciles de obtener
	3	Es fácil ubicar y llegar a CENVALLE
	4	CENVALLE atiende a los usuarios en el horario asignado
	5	La sala de espera cumple con las condiciones de limpieza, ventilación e iluminación
	6	La sala de espera cuenta con asientos cómodos y suficientes
	7	Los horarios de atención de usuarios de CENVALLE son convenientes para todos
	8	En CENVALLE, el tiempo de espera desde la llegada del usuario hasta su atención, es mínimo.
VALORACIÓN PROCESO. (SEGURIDAD Y EMPATIA)	9	Los médicos que atienden en CENVALLE son amables
	10	La información dada por el médico sobre su diagnóstico y tratamiento es adecuada y suficiente
	11	El personal de enfermería de CENVALLE es amable
	12	El personal de enfermería aporta adecuada información cuando se le solicita
	13	El personal de información/ /recepción es amable
	14	El personal de información/ /recepción aporta adecuada información cuando se le solicita
	15	En general, el personal del Centro de endoscopia del Valle es amable en la atención

	16	Los usuarios de CENVALLE se sienten seguros con los servicios prestados
VALORACIÓN RESULTADO (CAPACIDAD RESPUESTA)	17	El tiempo transcurrido entre la realización del procedimiento y la entrega del resultado es mínimo
	18	Los usuarios valoran la atención como buena
	19	Los usuarios de CENVALLE se sienten satisfechos con el servicio recibido
	20	En CENVALLE se resuelven sus problemas de manera eficiente y oportuna
	21	¿Qué alternativa o ideas nos puede proponer para mejorar la calidad en la atención médica?

FUENTE: Propia de las autoras

Cada una de las respuestas será ponderada de acuerdo al resultado que definieran cada una de las dimensiones de la satisfacción, de manera que la frase “*totalmente en desacuerdo*” es la menos satisfactoria y se le asigna el valor ponderado (VP) más bajo (VP: 1); “*Moderadamente en desacuerdo*” es bajo (VP: 2); luego, ni de acuerdo ni en desacuerdo, que obtiene un valor medio (VP: 3), Ligeramente de acuerdo que se le asigna un valor alto (VP:4) y Totalmente de acuerdo que obtiene el valor más alto (VP: 5). De esta manera, cada una de las respuestas de los pacientes participantes se convirtió en una definidora y adquirió valor de acuerdo a la suma de los VP. Es decir, por cada pregunta repetida con el mismo valor ponderado, se le cataloga como definidora y será centro de análisis para el plan de mejora resultante.

Por ejemplo, si en la dimensión «VALORACIÓN DE OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO», una de las respuestas con más puntaje es “bastante” de la pregunta: Según su opinión, ¿el tiempo que ha debido esperar desde que solicitó su CITA hasta que fue atendido en su consulta inicial fue extenso? Y además fue repetida por un 40% de los encuestados, el VP de ella resulta de la sumatoria de respuestas iguales dividido por el total de encuestados que dieron la misma respuesta.

7.3. Validez y fiabilidad

La Validez y fiabilidad del instrumento, permite determinar la revisión de la presentación del contenido y el contraste de los indicadores con los ítems que miden las variables correspondientes. Evaluar lo que se espera medir, determina la validez del instrumento, para ello se utiliza el método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach, el cual permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan al mismo constructo o dimensión teórica. Cuanto más cerca se encuentre el valor de alfa a uno mayor es la consistencia interna de los ítems analizados, como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 3. Valoración de la confiabilidad de las preguntas

RANGO	MAGNITUD
0.81 – 1.00	Muy alta
0.61 – 0.80	Alta
0.41 – 0.60	Moderada
0.21 – 0.40	Baja
0.001 – 0.20	Muy baja

El Coeficiente Alfa de Cronbach, se usa cuando se trata de alternativas de respuestas como las escalas tipo Likert; la cual puede tomar valores entre 0 y 1, donde: 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total. El coeficiente α de Cronbach puede ser calculado por medio de dos formas:

- a) Mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total (Hernández Sampieri,

1994) Donde:

r_{tt} : coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario.

k : número de ítems del instrumento.

st^2 : Varianza total del instrumento.

Σsi^2 : Sumatoria de las varianzas de los ítems.

Cuanto menor sea la variabilidad de respuesta, es decir, que haya homogeneidad en las respuestas dentro de cada ítem, mayor será el Alfa de Cronbach.

b) Mediante la matriz de correlación de los ítems. Dónde:

$$\alpha = \frac{Np}{1+p(n-1)}$$

n: Número de ítems

p: Promedio de las correlaciones lineales entre cada uno de los ítems

Cuanto mayor sea la correlación lineal entre ítems, mayor será el alfa de Cronbach⁷

7. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

En esta sección se exploran los datos recabados para el proceso de validación y determinación del instrumento de medición de calidad de servicio para CENVALLE SAS.

La fiabilidad de esta herramienta propuesta para la medición de la calidad del servicio en CENVALLE S.A.S, se determinó a partir del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) (Jöreskog, 1969). Esta técnica es y ha sido utilizada ampliamente para analizar la estructura de la calidad de servicios (Dabholkar, Torpe y Rentz, 1996). En adición es la metodología más acertada para probar las propiedades psicométricas de la escala, la cual en trabajos anteriores se ha verificado su validez convergente, divergente (Nunally s y Dawes ,2001) y fiabilidad Chen (1994)

Inicialmente, se verificó la fiabilidad de las dimensiones propuestas mediante el alpha de Cronbach (Chronbach, 1951). Posteriormente se probaron las condiciones básicas para la aplicación del Análisis Factorial con la aplicación de las Pruebas de Efericidad de Barlett (1950), y de adecuación muestra de Kaiser–Mayer–Olkin (Kaiser, 1974). Una vez sorteado este paso, se realizó el análisis factorial confirmatorio de segundo orden, del cual se analizaron algunos de los

⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=scCL458Eqyw>

principales índices de bondad y ajuste y de acuerdo a los mismo se realizó un proceso de purificación del modelo para dejar los ítems de medición más adecuados. Finalmente, se realizó un análisis de confiabilidad, empleando el índice de fiabilidad compuesta.

7.1. Datos y Software

Para los fines de este estudio, empleamos los datos de la encuesta diseñada y expuesta en apartados anteriores, la cual fue aplicada a usuarios de CENVALLE S.A.S. La encuesta logró recoger una muestra de 246 registros. Sin embargo, dado que algunas de las encuestas presentan valores perdidos pues los usuarios no reportaron respuestas, estas se imputaron utilizando el algoritmo de imputación multivariable por ecuaciones encadenadas (MICE), a veces denominado "especificación totalmente condicional" o "imputación múltiple de regresión secuencial" (Azur, 2011).

Los cálculos y análisis estadísticos se realizaron con R-project, un entorno de software libre para computación estadística y gráficos, utilizando los paquetes psych, lavaan, SemTools y sem.

7.2. Confiabilidad del Instrumento

Como primer paso, se estimó el Alpha de Cronbach o medida de la confiabilidad interna. La confiabilidad interna indica qué tan fuertes son los elementos de medición que se mantienen juntos al medir el constructo respectivo (Chronbach, 1951). De acuerdo con este índice, cuando el valor de Alpha de Cronbach excede 0.7 los ítems en su conjunto son confiables a la hora de intentar medir un constructo. La Tabla 1 muestra el Alfa de Chronbach calculado para cada dimensión planteada. Adicionalmente la tabla 1 muestra cómo cambia el valor del Alpha de Cronbach para la dimensión si se eliminan algunos de los elementos.

Tabla 4. Consistencia interna de las dimensiones de la escala SERVQUAL

Dimensión	Ítem de medición	Chronbach alpha	Cronbach alpha if dropped item
Oportunidad- accesibilidad del servicio (OAS)	OAS_publicidad (OAS1)	0,96	0,96
	OAS_cita (OAS2)		0,96
	OAS_ubicacion (OAS3)		0,95
	OAS_puntualidad (OAS4)		0,95
	OAS_sala (OAS5)		0,95
	OAS_comodidad (OAS6)		0,95
	OAS_horarios (OAS7)		0,95
	OAS_espera (OAS8)		0,95
Proceso (PRO)	PRO_amabilidadmedico (PRO1)	0,98	0,98
	PRO_informacionmedico (PRO2)		0,98
	PRO_amabilidadenfer (PRO3)		0,98
	PRO_informacionenfer (PRO4)		0,98
	PRO_amabilidadrecep (PRO5)		0,98
	PRO_informacionrecep (PRO6)		0,98
	PRO_amabilidad (PRO7)		0,98
	PRO_seguridad (PRO8)		0,98
Capacidad de Respuesta (CR)	CR_tiempo (CR1)	0,98	0,98
	CR_resolucion (CR2)		0,98
	CR_atencion (CR3)		0,96
	CR_satisfaccion (CR4)		0,96

FUENTE: propia de las autoras.

En general, las tres dimensiones exploradas exhiben coeficientes de fiabilidad superiores a 0,7, lo que demuestra que los ítems de medición son confiables al medir dichos constructos. No obstante, a partir de la tabla 1 se podría concluir que se puede prescindir de las variables OAS_publicidad o OAS_cita de la dimensión Oportunidad-accesibilidad del servicio, pues no habría efecto alguno sobre el Alfa de Cronbach de la dimensión si se eliminase. De hecho, al eliminar ambos ítems al mismo tiempo el Alpha de Chronbach se ve mejorado en una unidad quedando en 0.97.

Por su parte, según el análisis del coeficiente de alfa de Cronbach, para lo mismo con el ítem CR_tiempo y el ítem CR_resolucion de la dimensión de “Capacidad de Respuesta”; si se elimina alguno de los dos no se vería afectada la confiabilidad del constructo. No obstante, este

constructo está siendo medido con solo 4 ítems y por tanto no se pueden eliminar ambos al mismo tiempo.

7.3. Análisis Factorial

Para confirmar tanto la estructura factorial, su bondad de ajuste, la adecuada adaptación al español, con las garantías necesarias (Buttle, 1994), adecuadas al entorno de la atención brindada en servicios por CENVALLE S.A.S. se emplea el análisis factorial. El análisis factorial permite identificar las estructuras principales o dimensiones que subyacen sobre los factores originales. Los modelos más empleados para analizar las estructuras como constructos son el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC) (Jöreskog, et al, 1969), siendo éste último una aplicación de los modelos de ecuaciones estructurales.

Para este caso se posea una concepción previa de la estructura de constructo (teoría a priori), por lo que el uso del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) es adecuado para purificar los datos y el desarrollo de mejores instrumentos de medida, además de que se han obtenido resultados empíricos anteriores (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1993) sobre la estructura del constructo medido de SERVQUAL y SERVPEF (Cronin y Taylor ,1994). Dado que los tres constructos contemplados en el modelo miden en últimas la calidad del servicio, se emplea un Análisis factorial de segundo orden, es decir, donde un constructor superior, el de calidad del servicio es medido a su vez por el grupo de los 3 constructos de Oportunidad-accesibilidad al servicio (OAS), Proceso (PRO), y Capacidad de respuesta (CR).

7.4. Condiciones de aplicabilidad del análisis factorial.

Para identificar las dimensiones subyacentes y para guiar las reducciones de elementos necesarias es necesario realizar dos pruebas antes del Análisis factorial confirmatoria, las cuales

permiten saber si los datos posibilitan el análisis. Las dos pruebas que se realizaron, son la de Kaiser-Meyer-Olkin, y la de Esfericidad de Barlett.

La Adecuación de la Medida de Muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es una estadística que indica la proporción de varianza en sus variables que puede ser causada por factores subyacentes. Los valores altos que tienden a 1, generalmente indican que un análisis factorial puede ser útil para los datos. Entretanto, si el valor es inferior a 0,50, los resultados del análisis factorial probablemente no serán muy útiles⁸. La medida de la adecuación del muestreo de Kaiser-Mayer-Olkin tuvo un valor excelente de .0,96 lo que indica que el análisis factorial es apropiado.

Por su parte, la prueba de esfericidad de Bartlett prueba la hipótesis de que la matriz de correlación es una matriz de identidad, lo que indicaría que las variables no están relacionadas y, por lo tanto, no son adecuadas para la detección de estructuras. Para esta prueba se analizan la significancia del estadístico X^2 (Chi cuadrado); valores pequeños (menos de 0.05) del nivel de significancia indican que un análisis factorial puede ser útil con sus datos. En este caso, la prueba de esfericidad de Bartlett también fue significativa ($X^2 = 8244,64$; valor-p = 0, Grados de libertad=190), por tanto los datos no produjeron una matriz de identidad en la matriz de correlaciones y así, los datos son aceptables para el análisis factorial.

7.4.1. Bondad de ajuste

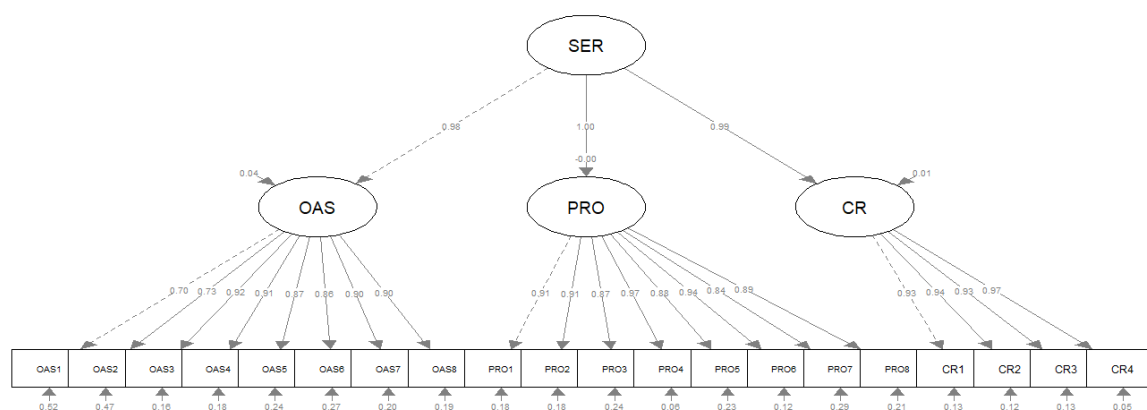
Los datos son sometidos a un análisis factorial confirmatoria de segundo orden, estimado mediante un estimador de máxima verosimilitud (Maximum Likelihood). El modelo es analizado a partir de los pesos factoriales, fiabilidad, validez, índices de ajuste y de error para cada una de las escalas que componen el cuestionario.

⁸ Kaiser (1974) sugiere que un KMO > 0.9 es excelente; entre 0.8 y 0.9, meritorio; entre 0.7 y 0.8, medio; entre 0.6 y 0.7, mediocre; entre 0.5 y 0.6, malo; e inferior a .5, inaceptable.

Para determinar el ajuste general del modelo se emplearon el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de ajuste normado (NFI), el índice de Tucker Lewis (TLI), la bondad de ajuste (GFI), la bondad de ajuste ajustada (AGFI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y el Residual de la media cuadrática estandarizada (SRMR). Estos índices de bondad son comparados con algunos umbrales previamente seleccionados por la literatura. Para CFI, NFI, TLI, GFI, AGFI, se considera que los valores superiores a 0.9 muestran un buen ajuste (y superiores a 0.8, aceptables), mientras que el RMSEA idealmente debería estar por debajo de 0.06 (Hu & Bentler, 1999; Kline, 1998). Sin embargo, el tamaño de la muestra podría afectar al GFI (Sharma et al., 2005).

El modelo inicial (modelo 1) mostró índice de bondad de ajuste con CFI de 0.839, NFI de 0.823, TLI de 0.817, GFI de 0.608, AGFI de 0.507 y a $X^2(167) = 1508.3$, $p < 0.001$. El RMSEA tenía un valor de 0.181 y el SRMR un valor de 0.043. Estos resultados sugieren que es necesario depurar y purificar los ítems de medición. El diagrama presentado en la figura 1 muestra los resultados del análisis factorial confirmatorio estimado.

Ilustración 1. Resultados del análisis factorial confirmatorio inicial (Modelo 1)

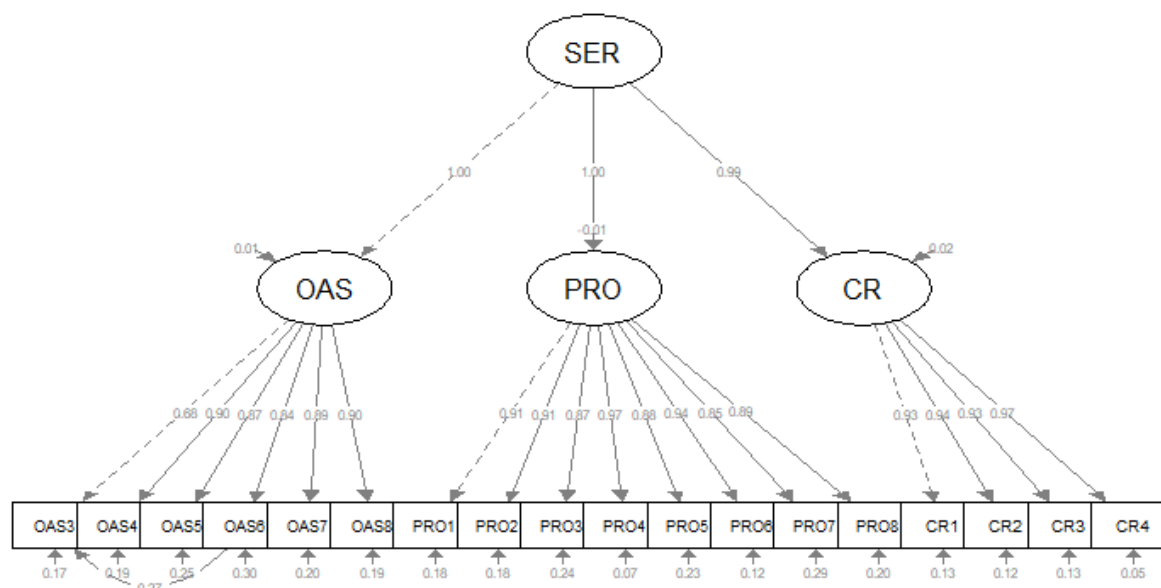


FUENTE: propia de las autoras

Siguiendo los procedimientos de eliminación y purificación, por ejemplo, solo reteniendo artículos con cargas factoriales mayores a .70 y sin cargas cruzadas (Guadagnoli & Velicer, 1988; MacCallum, 2001), la figura 1 sugiere que ninguno de los ítems debería ser eliminado. Sin embargo, es posible identificar que en línea con los resultados del Alfa de Cronbach en el constructo de Oportunidad-Accesibilidad al servicio, los ítems OAS1 y OAS2 tienen las menores cargas factoriales (0.7 y 0.73, respectivamente)

Así, en el modelo final (ver figura 2) se eliminan los ítems OAS1 y OAS2, y se liberan las correlaciones entre los ítems OAS3 y OAS6, tal como lo sugieren los índices de modificación del modelo 1. El modelo estimado en la figura 2 tuvo parámetros estimados de cargas factoriales que resultaron significativos todos con un nivel de significancia del 1% (Ver tabla 2).

Ilustración 2. Resultados del análisis factorial del modelo final



FUENTE: Propia de las autoras

El modelo final tiene buenas cargas factoriales (superiores a 0.7), a excepción del ítem OAS3 cuya carga factorial resultó en 0.68, pero este no es sustancialmente inferior al umbral, y es generalmente aceptable. De igual forma el modelo muestra un ajuste de bondad aceptable (Ver tabla 5), con $X^2(131) = 966.66$, $p < 0.001$, a excepción del RMSEA que se encontró por encima del umbral del 0.08.

Tabla 5. Estimadores de las variables latentes del modelo final

	Estimador	Error Est.	P(> z)	Estimador Est.
OAS~				
OAS3	1.000			0.676
OAS4	1.329	0.108	0.000	0.899
OAS5	1.305	0.109	0.000	0.867
OAS6	1.325	0.113	0.000	0.837
OAS7	1.245	0.102	0.000	0.894
OAS8	1.281	0.104	0.000	0.900
PRO~				
PRO1	1.000			0.906

PRO2	1.019	0.043	0.000	0.906
PRO3	0.978	0.046	0.000	0.870
PRO4	1.011	0.035	0.000	0.967
PRO5	0.970	0.045	0.000	0.879
PRO6	0.971	0.037	0.000	0.937
PRO7	0.933	0.047	0.000	0.845
PRO8	0.965	0.043	0.000	0.892
<hr/>				
CR~				
CR1	1.000			0.932
CR2	0.944	0.033	0.000	0.937
CR3	1.020	0.036	0.000	0.933
CR4	1.002	0.029	0.000	0.973
<hr/>				
SER~				
OAS	1.000			0.997
PRO	1.324	0.107	0.000	1.000
CR	1.346	0.107	0.000	0.992

Tabla 6. Índices de bondad de ajuste y de error del Análisis Factorial Confirmatorio

Índices de ajuste	Valor
TLI	0.871
NFI	0.874
GFI	0.749
AGFI	0.651
RMSEA	0.161
SRMR	0.028
CFI	0.889

FUENTE: propia de las autoras

7.5. Fiabilidad del modelo

Una vez determinado el modelo final, se evalúa la consistencia interna de los indicadores que componen cada constructo. La consistencia interna indica si las variables observables están midiendo a la variable latente a la que representan. Para ello se emplea el coeficiente de fiabilidad compuesta (Werts, Linn y Jöreskog ,1974), para el cual se tiene en cuenta el umbral de aceptación del 0.7 de acuerdo con Nunally (1978). En la tabla 4 se muestra el coeficiente de fiabilidad compuesta para las tres dimensiones consideradas dentro de la escala. Los coeficientes cumplen el

criterio más restrictivo de tener un índice de fiabilidad superior a 0.8, por tanto, se cuenta con evidencia de la fiabilidad de los constructos o dimensiones de primer orden, y de su capacidad como instrumento de medida de la calidad del servicio prestado a los usuarios de CENVALLE S.A.S.

Tabla 7. Coeficiente de fiabilidad compuesta del modelo final

Dimensiones	Fiabilidad compuesta
Oportunidad-accesibilidad del servicio (OAS)	0.956
Proceso (PRO)	0.971
Capacidad de Respuesta (CR)	0.968

En este sentido se puede llegar a concluir que los ítems de medición que más se ajustan al objetivo de medir la calidad del servicio en las atenciones que reciben los usuarios de CENVALLE S.A.S son los presentados en la tabla 5:

Tabla 8. Ítems de medición de la calidad de servicio en CENVALLE S.A.S

Dimensión	Ítem de medición	Pregunta
Oportunidad-accesibilidad del servicio (OAS)	OAS_ubicacion (OAS3)	Es fácil ubicar y llegar a CENVALLE
	OAS_puntualidad (OAS4)	CENVALLE atiende a los usuarios en el horario asignado
	OAS_sala (OAS5)	la sala de espera cumple con las condiciones de limpieza, ventilación e iluminación
	OAS_comodidad (OAS6)	la sala de espera cuenta con asientos cómodos y suficientes
	OAS_horarios (OAS7)	Los horarios de atención de usuarios de CENVALLE son convenientes para todos
	OAS_espera (OAS8)	En CENVALLE, el tiempo de espera desde la llegada del usuario hasta su atención es mínimo
Proceso (PRO)	PRO_amabilidadmedico (PRO1)	Los médicos que atienden en CENVALLE son amables

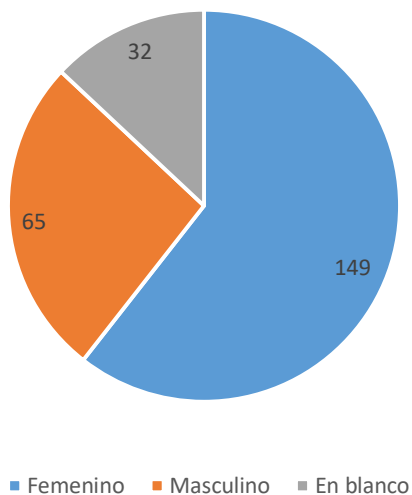
	PRO_informacionmedico (PRO2)	La información dada por el médico sobre su diagnóstico y tratamiento es adecuada y suficiente
	PRO_amabilidadenfer (PRO3)	El personal de enfermería de CENVALLE es amable
	PRO_informacionenfer (PRO4)	El personal de enfermería aporta adecuada información cuando se le solicita.
	PRO_amabilidadrecep (PRO5)	El personal de información/recepción es amable
	PRO_informacionrecep (PRO6)	El personal de información/ recepción aporta adecuada información cuando se le solicita
	PRO_amabilidad (PRO7)	En general, el personal del CENVALLE es amable en la atención
	PRO_seguridad (PRO8)	Los usuarios de CENVALLE se sienten seguros con los servicios prestados.
Capacidad de Respuesta (CR)	CR_tiempo (CR1)	El tiempo transcurrido entre la realización del procedimiento y la entrega del resultado es mínimo
	CR_resolucion (CR2)	En CENVALLE se resuelven sus problemas de manera eficiente y oportuna
	CR_atencion (CR3)	Los usuarios valoran la atención como buena
	CR_satisfaccion (CR4)	Los usuarios de CENVALLE se sienten satisfechos con el servicio recibido

8. RESULTADOS

Un total de 246 encuestas fueron aplicadas a los usuarios que recibieron algún tipo de procedimiento en la IPS una vez recibieron la atención.

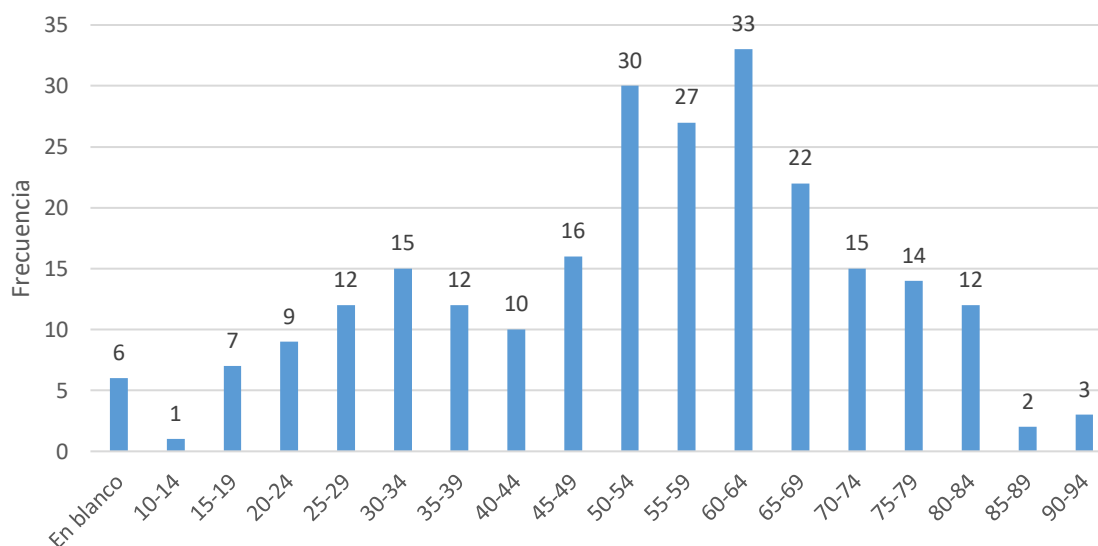
8.1. Aspectos demográficos

Del total de encuestados, 149 usuarios expresaron que se identifican con el sexo femenino, 65 con el sexo masculino, mientras que de 32 usuarios no se obtuvo respuesta. En este sentido la muestra está conformada en mayor parte por mujeres (60.5%), mientras que el 26.4% por hombres. La figura 1 presenta la distribución de la muestra según sexo.

GRAFICO 1. Distribución de la Muestra según sexo

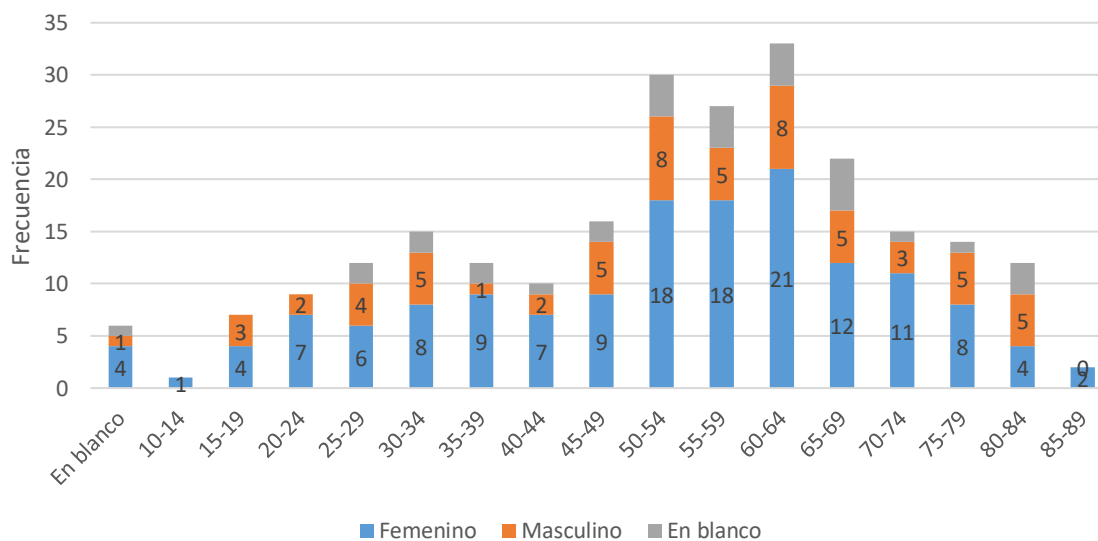
FUENTE: Propia de las autoras

Al explorar la variable edad, inicialmente se determinaron grupos quinquenales para analizar un poco más agregados los datos. La figura 2 exhibe la distribución de la muestra según grupo etario. De los 246 encuestados, 6 no dieron respuesta a esta pregunta, por lo que el porcentaje de respuestas en blanco fue del 2.4%. Principalmente la encuesta estuvo conformada por usuarios que reportaron una edad entre 50 y 65 años (36.58%), seguido de usuarios con edades entre 65 y 80 años (20.73%). La edad promedio de la muestra fue de 54.04 años, con una desviación estándar de 17.94 años. La edad mínima fue de 10 años, mientras que la máxima de 92 años.

GRAFICO 2. Distribución de la muestra según grupo etario

FUENTE: propia de las autoras

Al cruzar las variables de sexo y grupo etario se puede identificar que hay una relativa distribución similar en cuanto a sexo, a lo largo de todos los grupos etarios, conservando una proporción de mujeres de aproximadamente 60% (Ver gráfico 3).

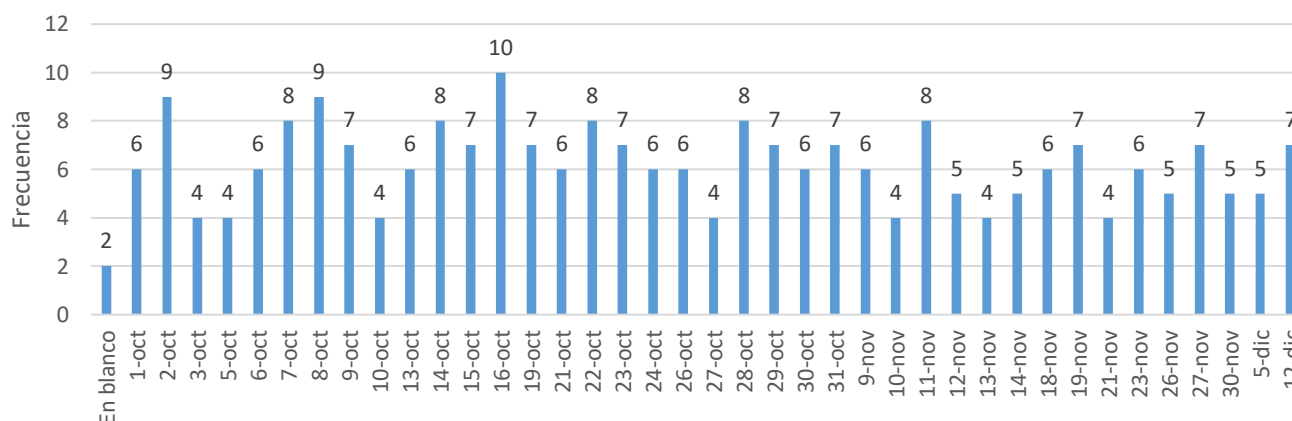
GRAFICO 3. Distribución de la muestra según sexo y grupo etario

FUENTE: propia de las autoras

8.2. Atenciones recibidas

Existen diversos factores que influyen en la valoración de la calidad del servicio brindado, entre ellas, se puede mencionar el día en el que se realiza el procedimiento, el especialista por quien fue atendido e incluso el mismo procedimiento por sé. Las encuestas fueron aplicadas durante el periodo del 1 de octubre al 12 de diciembre. Durante este periodo en promedio cada día se recopilaron 6.3 encuestas. La figura 4 muestra la distribución de la muestra según la fecha en la que el usuario recibió el procedimiento, que corresponde a la misma de la aplicación de la encuesta.

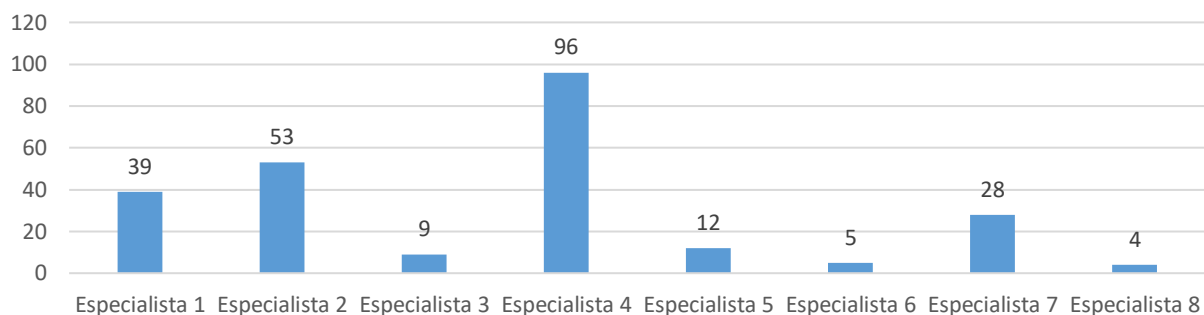
GRAFICO 4. Distribución de la muestra según fecha de procedimiento



FUENTE: Propia de las autoras

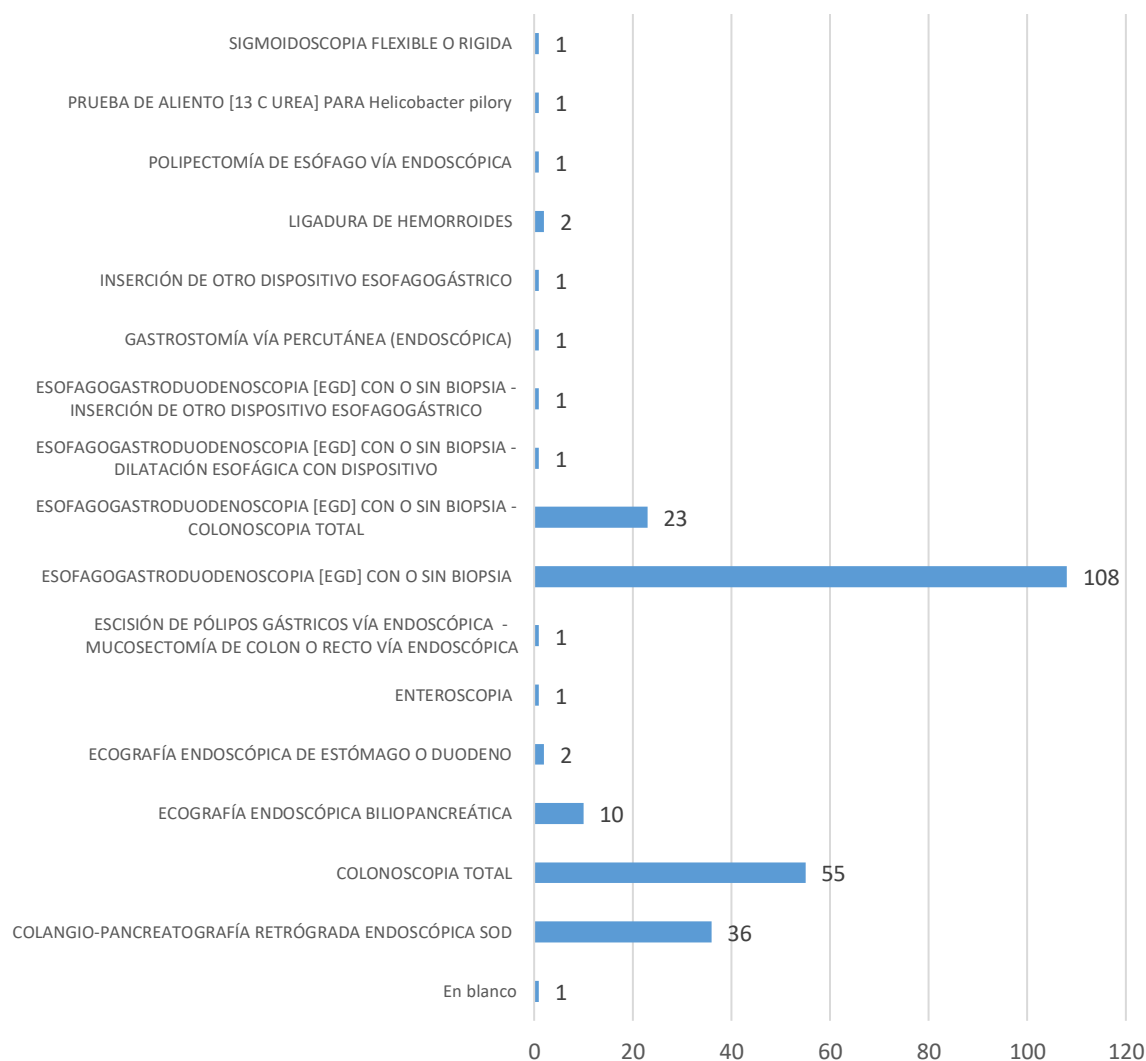
En cuanto al especialista que ejecutó el procedimiento, se puede identificar que el especialista 4, desarrolló 96 de los procedimientos de la muestra, es decir un 39.02%, seguido del especialista 2 quien desarrolló el 21.54% de los procedimientos. Hubo una baja proporción de procedimientos realizados por los especialistas 3, 5, 6, y 8, quienes en conjunto tuvieron una proporción del 9.75% de los procedimientos desarrollados sobre el total de encuestados (Ver gráfico 5).

GRAFICO 5. Distribución de la muestra según especialista que brindó la atención



FUENTE: Propia de las autoras.

Finalmente, la figura 6 presenta la distribución de la muestra según el procedimiento que se realizaron los usuarios. El procedimiento más común desarrollado entre los usuarios encuestados fue la *Esofagogastroduodenoscopia (EDG) con o sin biopsia* o comúnmente conocida como Endoscopia, la cual fue realizada a 108 encuestados (43.9%). El segundo procedimiento más realizado fue la *Colonoscopia total* (22.35%), seguido de la *Colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica SOD* (14.63%). De igual forma hubo una participación representativa por parte de usuarios que se realizaron simultáneamente los procedimientos *Esofagogastroduodenoscopia (EDG) con o sin biopsia* y *Colonoscopia total*, la cual tuvo una proporción del 9.34%

GRAFICO 6. Distribución de la muestra según procedimiento.

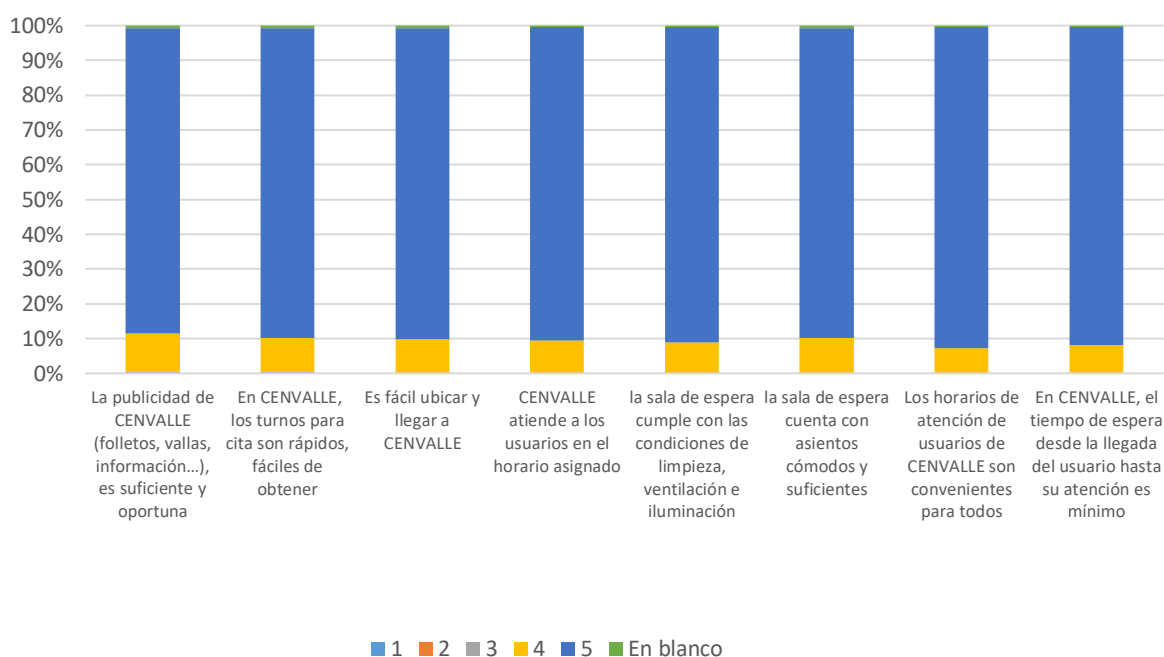
FUENTE: Propia de las autoras.

8.3. Oportunidad-accesibilidad del servicio (Elementos tangibles y fiabilidad)

En el grupo de preguntas de Oportunidad accesibilidad del servicio se encuentran enmarcados los constructos de elementos tangibles y fiabilidad. La figura 7 muestra los resultados obtenidos en cada una de las 8 preguntas mediante barras apiladas que muestran la participación de la frecuencia de respuestas. En esta sección se contó con un total de 12 valores perdidos entre las respuestas, repartiéndose de 1 a 2 entre las preguntas realizadas, lo que da 0.40% a 0.81% de

valores perdidos por pregunta. La opción de respuesta con mayor proporción a lo largo de las preguntas fue la 5 (Totalmente de acuerdo), seguido de la opción 4 (Ligeramente de acuerdo). Solo se encontró 1 usuario con registro de opción 1 en las preguntas: “La publicidad de CENVALLE (folletos, vallas, información...), es suficiente y oportuna” y “En CENVALLE, los turnos para cita son rápidos, fáciles de obtener”.

GRAFICO 7. Frecuencia de respuestas del constructo de Oportunidad – accesibilidad del servicio



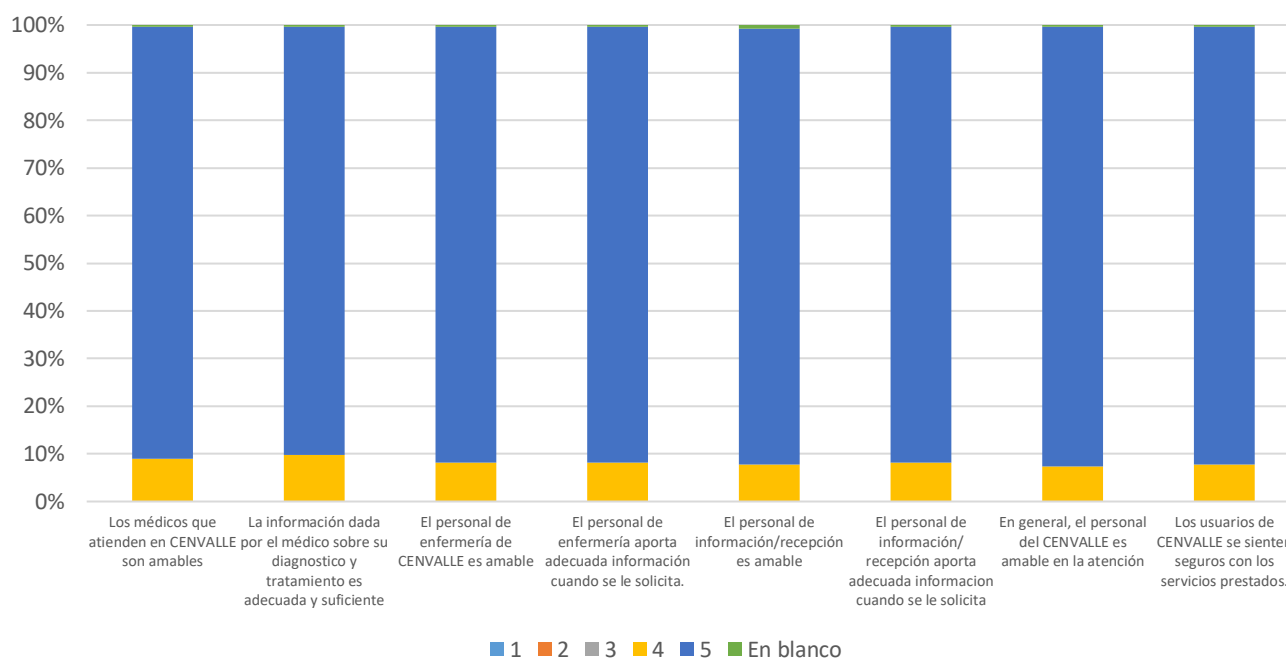
FUENTE: Propia de las autoras

De la figura 7 se puede observar que a lo largo de las preguntas los usuarios respondieron aproximadamente en un 89.99% la opción 5 (Totalmente de acuerdo). La pregunta que menor proporción tuvo como respuesta en la opción 5 fue “La publicidad de CENVALLE (folletos, vallas, información...) es suficiente y oportuna” (87.8%), mientras que la pregunta que mayor proporción de respuestas con la opción 5 fue “Los horarios de atención de usuarios de CENVALLE son convenientes para todos” (92.27%). En adición la proporción promedio de respuestas con opción

4 a lo largo de las preguntas fue de 9.30%. La pregunta con la mayor participación de la opción 4 fue “La publicidad de CENVALLE (folletos, vallas, información...), es suficiente y oportuna”.

8.4. Proceso (Seguridad y empatía)

En el segundo grupo de preguntas sobre Proceso se indagó por los constructos de seguridad y empatía en el servicio. Un total de 8 preguntas se desarrollaron en esta sección cuyas frecuencias de respuestas se presentan en la figura 8 mediante gráfico de barras apiladas. En esta sección no se registró ningún usuario que haya calificado las opciones 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (Moderadamente en desacuerdo), o 3 (Ni de acuerdo ni en desacuerdo), y se encontraron 9 registros sin respuesta (En blanco). Así, la opción de respuesta con mayor proporción a lo largo de las preguntas fue la 5 (Totalmente de acuerdo), la cual rondó el 89.84% y el 92.28% de las respuestas de los usuarios (91.31% en promedio), seguido de la opción 4 (Ligeramente de acuerdo), cuyas frecuencias relativas estuvieron entre 7.32% y 8.94% (8.23% en promedio).

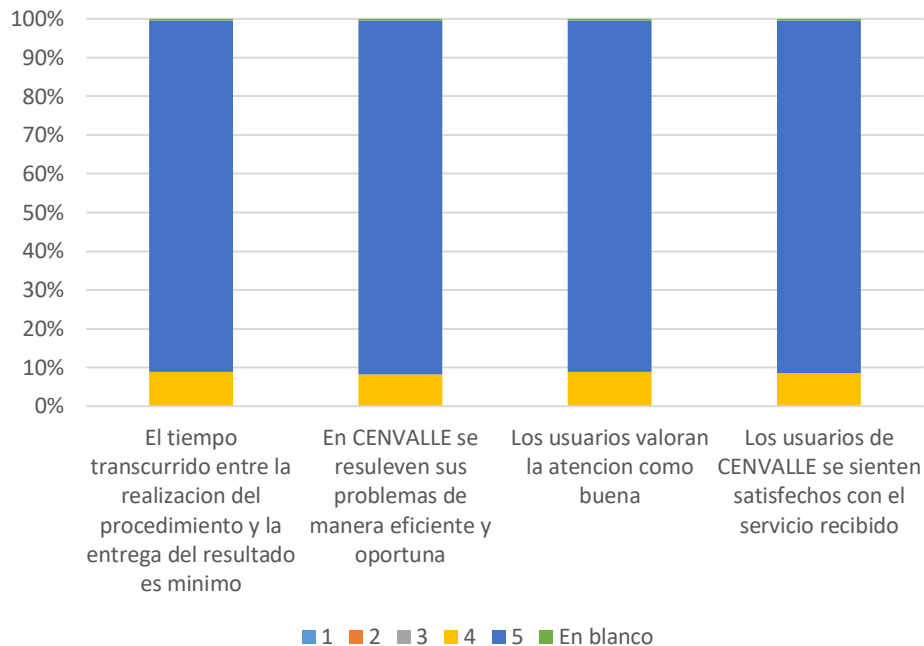
GRAFICO 8. Frecuencia de respuestas del constructo de proceso.

FUENTE: propia de las autoras

La pregunta que tuvo la mayor proporción de respuestas con la opción 5 fue “En general, el personal del CENVALLE es amable en la atención”, mientras que la pregunta con la menor proporción fue “La información dada por el médico sobre su diagnóstico y tratamiento es adecuada y suficiente”.

8.5. Capacidad de respuesta

Para el último grupo de preguntas se consideró el constructo de capacidad de respuesta; se tuvieron en cuenta 4 preguntas. Para esta sección se encontraron un total de 4 valores perdidos, y ninguno de los usuarios calificó alguna de las preguntas con las opciones 1, 2 o 3. La figura 9 muestra las frecuencias relativas de las respuestas propiciadas por los usuarios. A partir de esta se puede interpretar que la opción de respuesta con mayor proporción fue la 5, seguido de la opción 4.

GRAFICO 9. Frecuencia de respuestas del constructo de Capacidad de respuesta

FUENTE: propia de las autoras

La opción de respuesta 5 tuvo una participación promedio de 90.96% entre las preguntas, rondando el 90.65% y el 91.46%. La pregunta “En CENVALLE se resuelven sus problemas de manera eficiente y oportuna” fue la que mayor proporción frecuencia relativa tuvo, mientras que las preguntas “El tiempo transcurrido entre la realización del procedimiento y la entrega del resultado es mínimo” y “Los usuarios valoran la atención como buena”, las que menor frecuencia relativa tuvieron en esta opción de respuesta.

8.6. Resultados según grupos de análisis

Con el objetivo de identificar algunas posibles diferencias en las frecuencias de respuestas entre los grupos de análisis, se calculó la media de la frecuencia de respuestas para cada pregunta según sexo, grupo etario y procedimiento. Aun sabiendo que la escala de medición de las respuestas es Likert, y que por tanto un análisis de medias no es conveniente para el análisis de este tipo de variables de medición, se decidió hacer cálculo de medias por cada grupo, pues de cierta forma se

puede abstraer posibles diferencias en las proporciones de respuesta. No obstante que una media sea superior a otra en cualquier grupo no es concluyente de que sean estadísticamente diferentes. Dado que no es el objeto principal de este estudio, no se realizan las debidas pruebas estadísticas para escrudiñar este tipo de diferencias en las frecuencias de respuestas de los usuarios de acuerdo a ciertas características demográficas o de la atención.

Las tablas 9, 10 y 11 presentan la media de la frecuencia de respuestas de las preguntas del instrumento desagregando los resultados por sexo, procedimiento, y grupo etario, respectivamente. Por simplicidad, la columna variable contiene el nombre de la variable, cuya pregunta asociada se puede encontrar en el Anexo 1.

De acuerdo con la tabla 9, a lo largo de las preguntas la media de la frecuencia de respuesta es aparentemente mayor para el caso del sexo femenino frente a usuarios con sexo masculino, a excepción de las variables OAS_publicidad, OAS_cita, OAS_ubicación, pertenecientes al constructo de Oportunidad- accesibilidad del servicio, las cuales corresponde a “La publicidad de CENVALLE (folletos, vallas, información...), es suficiente y oportuna”, ”En CENVALLE, los turnos para cita son rápidos, fáciles de obtener”, “Es fácil ubicar y llegar a CENVALLE”, respectivamente.

Tabla 9. Media de frecuencia de respuesta según sexo

Componente	Variable	Masculino	Femenino
Oportunidad- accesibilidad del servicio	OAS_publicidad	4,86	4,85
	OAS_cita	4,89	4,86
	OAS_ubicacion	4,89	4,88
	OAS_puntualidad	4,86	4,91
	OAS_sala	4,89	4,9
	OAS_comodidad	4,88	4,88
	OAS_horarios	4,89	4,93
	OAS_espera	4,88	4,92
Proceso	PRO_amabilidadmedico	4,89	4,9
	PRO_informacionmedico	4,86	4,9

	PRO_amabilidadenfer	4,89	4,91
	PRO_informacionenfer	4,89	4,91
	PRO_amabilidadrecep	4,89	4,92
	PRO_informacionrecep	4,88	4,92
	PRO_amabilidad	4,89	4,93
	PRO_seguridad	4,88	4,93
Capacidad de respuesta	CR_tiempo	4,89	4,9
	CR_resolucion	4,88	4,92
	CR_atencion	4,88	4,91
	CR_satisfaccion	4,88	4,91

FUENTE: propia de las autoras

Al analizar las medias de la frecuencia de respuesta de las preguntas según el procedimiento realizado, la tabla 9 muestra que las menores medias se encuentran entre los usuarios que fueron atendidos con un procedimiento de “Colonoscopia”, seguido de los que se realizaron “CPRE” (Colangio-Pancreatografía Retrógrada Endoscópica SOD), y de la “Endoscopia” (Esofagogastroduodenoscopia [Egd] Con O Sin Biopsia). Los usuarios que se realizaron simultáneamente una Endoscopia y Colonoscopia, reportaron las medias más altas en la calificación del servicio seguido de los usuarios atendido por “Otro Procedimiento”.

Tabla 10. Media de frecuencia de respuestas según procedimiento

Componente	Variable	Endoscopia	Colonoscopia	Endoscopia + Colonoscopia	CPRE	Otro
Oportunidad- accesibilidad del servicio	OAS_publicidad	4,88	4,78	4,96	4,89	4,96
	OAS_cita	4,89	4,81	4,96	4,89	4,96
	OAS_ubicacion	4,92	4,84	4,96	4,89	4,96
	OAS_puntualidad	4,93	4,82	5	4,89	4,96
	OAS_sala	4,93	4,84	5	4,89	4,96
	OAS_comodidad	4,91	4,84	4,96	4,89	4,96
	OAS_horarios	4,94	4,87	5	4,89	4,96

	OAS_espera	4,93	4,87	5	4,89	4,96
Proceso	PRO_amabilidadmedico	4,94	4,84	4,96	4,89	4,91
	PRO_informacionmedico	4,93	4,8	5	4,89	4,96
	PRO_amabilidadenfer	4,93	4,85	5	4,89	4,96
	PRO_informacionenfer	4,93	4,85	5	4,89	4,96
	PRO_amabilidadrecep	4,93	4,87	5	4,89	4,96
	PRO_informacionrecp	4,93	4,87	5	4,89	4,96
	PRO_amabilidad	4,94	4,87	5	4,89	4,96
	PRO_seguridad	4,93	4,87	5	4,89	4,96
	Capacidad de respuesta	CR_tiempo	4,93	4,84	5	4,89
CR_resolucion		4,93	4,87	5	4,89	4,91
CR_atencion		4,93	4,84	5	4,89	4,96
CR_satisfaccion		4,93	4,84	5	4,89	4,96

FUENTE: propia de las autoras

Finalmente, de acuerdo con la tabla 11, que exhibe las medias de las frecuencias de respuesta según grupos etarios, no es posible identificar un patrón que relacione la edad con la media de las frecuencias de respuestas. Se puede identificar que el grupo de 90-94 años fue el que tuvo la menor media, y que los grupos de 10-14 y 40-44 calificaron el servicio con un mayor puntaje en promedio.

Tabla 11. Media de frecuencia de respuestas según grupo etario

Componente	Variable	Grupo Etario																
		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Oportunidad- accesibilidad del servicio	OAS_publicidad	5	4,43	4,88	4,92	4,93	4,92	5	4,81	4,93	4,81	4,88	4,86	5	4,71	4,92	5	4,67
	OAS_cita	5	4,43	4,89	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,93	4,84	4,85	4,86	5	4,79	5	5	4,67
	OAS_ubicacion	5	5	4,75	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,93	4,85	4,88	4,86	5	4,79	5	5	4,67
	OAS_puntualidad	5	5	4,89	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,93	4,81	4,91	4,86	5	4,79	5	5	4,67
	OAS_sala	5	5	4,89	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,93	4,81	4,91	4,91	5	4,79	5	5	4,67
	OAS_comodidad	5	5	4,88	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,9	4,81	4,88	4,86	5	4,79	5	5	4,67
	OAS_horarios	5	5	4,89	4,92	5	4,92	5	4,88	4,97	4,85	4,94	4,91	5	4,79	5	5	4,67
	OAS_espera	5	5	4,89	4,92	5	4,92	5	4,88	4,97	4,85	4,94	4,86	5	4,79	4,92	5	4,67
Proceso	PRO_amabilidadmedico	5	5	4,89	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,97	4,85	4,88	4,91	4,93	4,79	5	5	4,67
	PRO_informacionmedico	5	5	4,89	4,83	4,87	4,92	5	4,88	4,93	4,81	4,91	4,91	5	4,79	5	5	4,67
	PRO_amabilidadenfer	5	5	4,89	4,92	5	4,92	5	4,88	4,97	4,81	4,91	4,91	5	4,79	5	5	4,67

	PRO_informacionfer	5	5	4,89	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,97	4,81	4,94	4,91	5	4,79	5	5	4,67
	PRO_amabilidadrecep	5	5	4,89	4,92	5	4,92	5	4,88	4,97	4,81	4,94	4,9	5	4,79	5	5	4,67
	PRO_informacionrecep	5	5	4,78	4,92	5	4,92	5	4,88	4,97	4,85	4,94	4,91	5	4,79	4,92	5	4,67
	PRO_amabilidad	5	5	4,89	4,92	5	4,92	5	4,88	4,97	4,85	4,94	4,91	5	4,79	5	5	4,67
	PRO_seguridad	5	5	4,89	4,92	5	4,92	5	4,88	4,97	4,85	4,94	4,91	5	4,79	4,92	5	4,67
Capacidad de respuesta	CR_tiempo	5	5	4,89	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,97	4,81	4,91	4,86	5	4,79	5	5	4,67
	CR_resolucion	5	5	4,89	4,92	5	4,92	5	4,88	4,97	4,85	4,94	4,91	4,93	4,79	4,92	5	4,67
	CR_atencion	5	5	4,89	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,97	4,81	4,91	4,91	5	4,79	4,92	5	4,67
	CR_satisfaccion	5	5	4,89	4,92	4,93	4,92	5	4,88	4,97	4,85	4,91	4,91	5	4,79	4,92	5	4,67

9. CONCLUSIONES

1. En el presente trabajo de investigación se utilizó una versión modificada del modelo SERVPERF con escala de 1 a 5, aplicándolo al centro de endoscopia del Valle del Cauca, CENVALLE. Si bien el resultado fue altamente positivo para la empresa, se destacan al menos dos variables que aunque no afectan de forma negativa el resultado de manera directa, si deja una alerta frente a desarrollar procesos de mejora. Las variables que menos puntuación obtuvieron fueron la oportunidad - accesibilidad (siendo afectado por: La publicidad de CENVALLE (folletos, vallas, información... es suficiente y oportuna) y capacidad de respuesta (siendo afectada por: El tiempo transcurrido entre la realización del procedimiento y la entrega del resultado es mínimo” y “Los usuarios valoran la atención como buena”). Con lo anterior, se puede concluir que CENVALLE es una empresa que presta servicios diagnósticos de alta calidad, su excelencia se encuentra en el 90% y el 95% sin embargo, es importante mantener la excelencia como finalidad y objetivo de la empresa mayor o igual al 95% evidenciando fiabilidad y/o confiabilidad.
2. De los aspectos identificados como relevantes en la satisfacción de usuarios, se identifican la empatía, la oportunidad y la accesibilidad de los servicios prestados, resultado de la aplicación de la encuesta tanto a pacientes como a familiares, a partir de los cuales se obtuvo una perspectiva global de la calidad en la atención brindada, con fuerte confiabilidad y validez.
3. Los factores que influyen en la satisfacción e insatisfacción de los usuarios durante el periodo de estudio resultan algo complejos debido a la percepción subjetiva de los pacientes. Así por ejemplo, es diferente la percepción de una persona que se ha realizado

exámenes en su EPS y llega por primera vez a un Centro Médico privado, a la de un paciente que siempre frecuenta el servicio privado de salud.


4. Los factores que más influyeron en la satisfacción de los pacientes fueron la oportunidad de la cita, el tiempo de espera desde la asignación del turno y el ingreso a la sala del procedimiento y la empatía o comunicación entre el médico y el paciente con atención en la explicación del procedimiento y despejar las dudas del paciente.
5. Cabe resaltar que los pacientes están influenciados además por factores como: la preparación intestinal para la colonoscopia, los procedimientos terapéuticos, la realización de los procedimientos por residentes, el grado de ansiedad basal del paciente, entre otros, lo que hace aún más compleja la percepción.
6. Para mejorar y aumentar la satisfacción de los usuarios, es necesario implementar procesos de mejora continua, a partir de los resultados de la aplicación del instrumento.

ANEXOS

Anexo 1. Diccionario de variables de análisis

Variable	Pregunta
OAS_publicidad (OAS1)	La publicidad de CENVALLE (folletos, vallas, información...), es suficiente y oportuna
OAS_cita (OAS2)	En CENVALLE, los turnos para cita son rápidos, fáciles de obtener
OAS_ubicacion (OAS3)	Es fácil ubicar y llegar a CENVALLE
OAS_puntualidad (OAS4)	CENVALLE atiende a los usuarios en el horario asignado
OAS_sala (OAS5)	la sala de espera cumple con las condiciones de limpieza, ventilación e iluminación
OAS_comodidad (OAS6)	la sala de espera cuenta con asientos cómodos y suficientes
OAS_horarios (OAS7)	Los horarios de atención de usuarios de CENVALLE son convenientes para todos
OAS_espera (OAS8)	En CENVALLE, el tiempo de espera desde la llegada del usuario hasta su atención es mínimo
PRO_amabilidadmedico (PRO1)	Los médicos que atienden en CENVALLE son amables
PRO_informacionmedico (PRO2)	La información dada por el médico sobre su diagnóstico y tratamiento es adecuada y suficiente
PRO_amabilidadenfer (PRO3)	El personal de enfermería de CENVALLE es amable
PRO_informacionenfer (PRO4)	El personal de enfermería aporta adecuada información cuando se le solicita.
PRO_amabilidadrecep (PRO5)	El personal de información/recepción es amable
PRO_informacionrecep (PRO6)	El personal de información/ recepción aporta adecuada información cuando se le solicita
PRO_amabilidad (PRO7)	En general, el personal del CENVALLE es amable en la atención
PRO_seguridad (PRO8)	Los usuarios de CENVALLE se sienten seguros con los servicios prestados.
CR_tiempo (CR1)	El tiempo transcurrido entre la realización del procedimiento y la entrega del resultado es mínimo
CR_resolucion (CR2)	En CENVALLE se resuelven sus problemas de manera eficiente y oportuna
CR_atencion (CR3)	Los usuarios valoran la atención como buena
CR_satisfaccion (CR4)	Los usuarios de CENVALLE se sienten satisfechos con el servicio recibido

Anexo 2. Instrumento de Medición

		PROGRAMA SIAU FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO					Vigencia: _____ Versión: _____ Páginas: Página 1 de 1					
Esta encuesta es anónima. Rellenarla le llevará unos minutos de su tiempo.												
SECCION 1. Información General												
Edad _____		Sexo: <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino										
Fecha de diligenciamiento: _____					Procedimiento a realizar: _____							
Nombre del especialista que lo atendió: _____					Código Cups: _____							
SECCION 2												
Califique el servicio recibido de acuerdo a la siguiente escala: 1 como la menor calificación y 5 como la mayor calificación.												
VALORACIÓN DE OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO (ELEMENTOS TANGIBLES Y FIABILIDAD)	La publicidad de CENVALLE (folletos, vallas, información...), es suficiente y oportuna.	1	2	3	4	5	La sala de espera cumple con las condiciones de limpieza, ventilación e iluminación	1	2	3	4	5
	En CENVALLE, los turnos para cita son rápidos, fáciles de obtener	1	2	3	4	5	La sala de espera cuenta con asientos cómodos y suficientes	1	2	3	4	5
	Es fácil ubicar y llegar a CENVALLE	1	2	3	4	5	Los horarios de atención de usuarios de CENVALLE son convenientes para todos	1	2	3	4	5
	Cenvalle atiende a los usuarios en el horario asignado	1	2	3	4	5	En CENVALLE, el tiempo de espera desde la llegada del usuario hasta su atención, es mínimo.	1	2	3	4	5
VALORACIÓN POR PROCESO. (SEGURIDAD Y EMPATIA)	Los médicos que atienden en CENVALLE son amables	1	2	3	4	5	El personal de información/ /recepción es amable	1	2	3	4	5
	La información dada por el médico sobre su diagnóstico y tratamiento es adecuada y suficiente	1	2	3	4	5	El personal de información/ /recepción aporta adecuada información cuando se le solicita	1	2	3	4	5
	El personal de enfermería de CENVALLE es amable	1	2	3	4	5	En general, el personal del Centro de endoscopia del Valle es amable en la atención	1	2	3	4	5
	El personal de enfermería aporta adecuada información cuando se le solicita	1	2	3	4	5	Los usuarios de CENVALLE se sienten seguros con los servicios prestados	1	2	3	4	5
VALORACIÓN DE RESULTADO (CAPACIDAD DE RESPUESTA)	El tiempo transcurrido entre la realización del procedimiento y la entrega del resultado es mínimo	1	2	3	4	5	En CENVALLE se resuelven sus problemas de manera eficiente y oportuna	1	2	3	4	5
	Los usuarios valoran la atención como buena	1	2	3	4	5	¿Qué alternativa o ideas nos puede proponer para mejorar la calidad en la atención médica?					
	Los usuarios de CENVALLE se sienten satisfechos con el servicio recibido	1	2	3	4	5						
¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!												

BILBIOGRAFIA

Alet I Vilagínés, J. (1996): Marketing relacional. Cómo obtener clientes leales y rentables. Ediciones Gestión 2000, S.A., Barcelona.

Azur, M. J., Stuart, E. A., Frangakis, C., & Leaf, P. J. (2011). Multiple Imputation by Chained Equations: What is it and how does it work? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(1), 40–49. <http://doi.org/10.1002/mpr.329>

Bach, Nélica y Tacunan, Bonifacio (2016). Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Manual De Gerencia De La Calidad. Universidad Católica, Chimbote, Perú.

Balkwell, J. W. (1991). From expectations to behavior: an improved postulate for expectation states theory. *American Sociological Review*, 56(3), 355–369 doi:10.2307/2096109

Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of statistical psychology*, 3(2), 77-85.

Batanero, Carmen y Díaz, Carmen (2011). Estadística con proyectos. Departamento de Didáctica de la Matemática Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Granada.

Berry, L.L. (1995): “Relationship Marketing of Services-Growing Interest, Emerging Perspectives”. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 43, N° 4, pp. 236-245.

Buttle, F. (1994). SERVQUAL: Review, critique, and research agenda. *European Journal of Marketing*, 8-32

Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions on service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1): 33-55.

Chen, Ch. (1994) Minnesota extension service employees’ and clientele’s perceptions and expectations of service quality measured by the servqual assessment system. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 54 (12-A) 4418.

Churchill, G.A. y Suprenant, C. (1982). “An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction”, *Journal of Marketing Research*, vol. 19, pág. 491-504.

Cronbach, L.J. (1951): “Coeficient alpha and the internal structure of tests”, *Psychometrika*, 16, pp. 297-324

Cronin, J.J. y Taylor, S.A. (1992): “Measuring service quality: a reexamination and extension”. *Journal of Marketing*, vol. 56 (Julio), pág. 55-68

Cronin, J.J. y Taylor, S.A. (1994): “SERVPERF Versus SERVQUAL: “Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality”, *Journal of Marketing*, 58, pp. 125-131.

Dabholkar, P. A., Thorpe, D. I., & Rentz, J. O. (1996). A measure of service quality for retail stores: scale development and validation. *Journal of the Academy of marketing Science*, 24(1), 3.

Díaz, Rocío (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencial* pp. 22-99. En digital: <https://docplayer.es/275697-Satisfaccion-del-paciente-principal-motor-y-centro-de-los-servicios-sanitarios.html>

Díaz, R. (2005). La calidad percibida en la sanidad pública. *Revista de Calidad Asistencial*, 36-56.

DONABEDIAN, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, N° 3, part 2, pp. 166-203, publicado nuevamente en junio 2005, Vol. 83, N° 4

Duque, E., & Diosa. (2014). Evolucion conceptual de los modelos de medicion de la percepción de calidad del servicio. *INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 64-80.

Dutka, Alan (1998). *Manual Ama para la Satisfacción del Cliente*. Ediciones Grenica SA, Buenos Aires Argentina.

Esquivel, Lara; Torres Muñoz, Estefana Concepción y Moreno Gómez, Yadira del Carmen, Mireya (2012). Universidad Iberoamericana Noroeste, Baja California, Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Baja California, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2012; 20 (1): 11-17 disponible en versión digital en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim121c.pdf>

Evrard, Y. (1993): "La satisfaction des consommateurs: état des recherches", *Revue Française du Markeing*, n° 144-145, n° 4-5, pág. 53-65.

Galgano, A., *Calidad total (clave estratégica para la competitividad de la empresa)*, Madrid: Díaz de Santos, 1993.

Gálvez, A. (2016). "Calidad percibida y satisfacción del usuario en los servicios prestados a personas con discapacidad intelectual". Recuperado el 11 de 2017, de Programa de doctorado en Administración y Dirección de Empresas. Universidad Católica San Antonio, Murcia.: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1638/Tesis.pdf?sequence=1>

Giese, J.L. y Cote, J.A. (2000). Defining consumer satisfaction. *Journal of the Academy of Marketing Science*.component patterns. *Psychological bulletin*, 103(2), 265.

Gilmore C., De Morales H (1996)). *Manual de Gerencia de la Calidad*. Washington: Fundación W.K. Kellog, Organización Panamericana de la Salud.

Gilmore, A. and McMullan, R. (2009), "Scales in services marketing research: a critique and way forward", *European Journal of Marketing*, Vol. 43, No. 5/6, pp. 640-651.

Grande Esteban, I. (1996): *Marketing de los servicios*. Esic Editorial, Madrid.

Hernández. C, Valecillos. J, Vargas. V. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Rev. Ciencias Sociales* 19(4): 663-671.
http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/3429/Salas_Ginna_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Howard, J.A. y Sheth, J.N. (1969): *The Theory of Buyer Behavior*. New York: John Wiley and Sons.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.

Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. (1970). Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 8 (4) : 429-435.

Hunt, H.K. (1982): A 10 based on expectations but normatively a 3.6371". *Proceedings of the 7th Annual Conference on Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*.

HUNT, S. D. (1997): "Relationship Marketing in the Era of Network Competition". *Marketing Management*, Vol. 3, Nº 1, pp. 18-28.

Jimenez. R. (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual*. *Rev Cubana Salud Pública*.

Jöreskog, K. G. (1969). A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 34, 183-202.

Juran, Joseph M. (1990). "Juran y la Planificación de la calidad", Editorial Díaz de Santos. Madrid.

Kaiser, M. O. (1974). Kaiser-Meyer-Olkin measure for identity correlation matrix. *Journal of the Royal Statistical Society*, 52.

Kitzinger J. (1995). *Qualitative Research: introducing focus group* BMJ, pp. 299-302

Kline, R. B. (1998). Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of psychoeducational assessment*, 16(4), 343-364.

Koss E (1954). *The health of regionville*. New York: Haffner.

Kotler, Philip (2001). Dirección de Mercadotecnia, 8va Edición. Disponible en digital en: <https://anafuenmayorsite.files.wordpress.com/2017/08/libro-kotler.pdf>

Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. *Marketing sanitario*. Madrid: Díaz de Santos (1994).

Lehtinen, U. and Lehtinen, J.R. (1982) A Study of Quality Dimensions. *Service Management Institute*, 5, 25-32.

LILJANDER, V. y STRANDVIK, T. (1995): "The Nature of Customer Relationships in Services". *Advances in Services Marketing and Management*, Vol. 4, pp. 141-167.

Lowndes, M., & Dawes, J. (2001). Do distinct SERVQUAL dimensions emerge from mystery shopping data? A test of convergent validity. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 16(2), 41-54.

McCallum, B.T. (1994): "Monetary policy and the term structure of interest rates", Working Paper 4938, NBER

Mangold Glynn W, Babakus E. *Monitoring Service Quality*. *Rev Bus [Internet]*. 1990; 11(4):21. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/220924283?accountid=14542>

Matsumoto Nishizawa, Reina. (2014). Development of Servqual Model for the measurement of the service quality in the publicity company Ayuda Experto. *Revista Perspectivas*, (34), 181-209. Recuperado en 28 de abril de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1994-37332014000200005&lng=es&tlng=en.

Melo FG (2005). Importância da gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23(1):3-4.

Nunally, J. C. (1978). *Psychometric theory* 2nd ed. NY: McGraw-Hill.

O'Connor SJ, Shewchuk RM, Carney LW (1998). Los círculos del paciente: pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario En: Martín Fuentes MT, Román González MV, editores. *Harvard Business Review* 86:96-103.

Oliver, R.L. (1981). "Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings", *Journal of Retailing*, vol. 57, nº 3, pág. 25-48

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Fundación W. K. KELLOGG Volumen III Serie HSP UNI/Manuales Operativos PALTEX [file:///C:/Users/Gestora%201/Downloads/Manual%20de%20gerencia%20de%20la%20calidad%20\(3\),%209%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gestora%201/Downloads/Manual%20de%20gerencia%20de%20la%20calidad%20(3),%209%20(1).pdf)

Palacios Palacios, D. (2014). Evaluación de la calidad de servicio percibida en los establecimientos hoteleros de Quibdó (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing*; 58:111-24.

Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1993). More on improving service quality measurement. *Journal of Retailing*, 69(1), 140-148.

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). SERVQUAL- A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality.pdf. *J Retailing*, pp. 12–40.

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds) *Patient satisfaction in health and mental health services. Evaluation and Program Planning*, 6: 185-210

Prince M, Acosta D, Chiu H, Scazufca M, Varghese M (2003). Dementia Research Group. Dementia diagnosis in developing countries: a crosscultural validation study. *Lancet*.

Quiroz Trejo, José Othón (2010). Taylorismo, fordismo y administración científica en la industria automotriz. En: *Gestión y estrategia* No.38, Julio/Diciembre, pp, 75-87.

Reyes Lagunes (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. Pp, 81-97.

Ross, Anna Gabriela, Zeballos, José Luis e Infante, Alberto (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud*. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2000.v8n1-2/93-98/es/>

Santos, Daniela. (2010). Fidelização de Clientes. Disponible en: < <http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/fidelizacao-declientes/20882/>>. Página visitada el 25/03/14.

Sharma, S., Mukherjee, S., Kumar, A., & Dillon, W. R. (2005). A simulation study to investigate the use of cutoff values for assessing model fit in covariance structure models. *Journal of Business Research*, 58(7), 935-943.

Strasser S, Davis RM (1991). Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. p. 210.

Vázquez, R., Rodríguez, I. & Díaz, M. (1996). Estructura multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados: desarrollo y validación de la escala CALSUPER. Documento de Trabajo 119/ 96, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Oviedo.

Werts, C. E., Linn, R. L., & Joreskog, K. G. (1974). Quantifying unmeasured variables. *Measurement in the Social Sciences*, Chicago: Aldine Publishing Co, 270-292.

Wernerfelt, B. (1991): "Brand loyalty and market equilibrium". *Marketing Science*. Vol. 10, n.º 3, verano.

Wicks, A. C., Berman, S.L. y Jones, T.M. (1999): "The structure of optimal trust: Moral and strategic implications", *Academy of Management*, nº 24, pág. 99 – 116.

Wicks, A. M. (2002). *The development and evaluation of a patient satisfaction model for health service organizations*. University of Houston.

Zhang, K., Song, L. J., Hackett, R. D., & Bycio, P. (2006). Cultural Boundary of Expectancy Theory-Based Performance Management: A Commentary on DeNisi and Pritchard's Performance Improvement Model. *Management & Organization Review*, 2(2), 279–294. doi: 10.1111/j.1740-8784.2006.00044.x