

# Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad

Universidad de Guadalajara



**JOSÉ SÁNCHEZ GUTIÉRREZ**  
**TANIA ELENA GONZÁLEZ ALVARADO**  
**JUAN GAYTÁN CORTÉS**  
**JORGE PELAYO MACIEL**  
*(Coordinadores)*

Política macroeconómica  
para el fortalecimiento  
de la competitividad

# Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad

JOSÉ SÁNCHEZ GUTIÉRREZ  
TANIA ELENA GONZÁLEZ ALVARADO  
JUAN GAYTÁN CORTÉS  
JORGE PELAYO MACIEL  
(*Coordinadores*)



**FONDO EDITORIAL  
UNIVERSITARIO**

Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad  
José Sánchez Gutiérrez; Tania Elena González Alvarado; Juan Gaytán Cortés;  
Jorge Pelayo Maciel (coordinadores)  
Universidad de Guadalajara

Esta obra es producto de los miembros de la Red Internacional de Investigadores en Competitividad (RIICO) con contribuciones externas. Los resultados, interpretaciones y conclusiones expresados en este libro no necesariamente reflejan el punto de vista de la Universidad de Guadalajara, ni de RIICO.

Todas las fotos incluidas en este libro corresponden a Unsplash. Unsplash es una plataforma con fotos de acceso libre y con alta definición. Unsplash, Inc es una corporación canadiense que opera el sitio web unsplash.com (el “sitio”) y todo lo relacionado con el mismo.

Primera edición, 2017

D.R. © 2017, Universidad de Guadalajara CUCEA  
Av. Periférico Norte 799, Edificio G-306  
Núcleo Los Belenes  
Zapopan, Jalisco  
45100, México  
Tel-fax: +52 (33) 3770 3343 ext. 25608.

© D.R. 2017 Fondo Editorial Universitario  
Carrer La Murta 9-18  
07820 San Antonio de Portmany  
Ibiza, España

**ISBN: 978-84-17075-65-1**

---

# Capítulo DOCE

---



## **SERVPERF: medición de la satisfacción del servicio en un hospital público**

*Por Antonio de Jesús Vizcaíno, Vanessa del Pilar Vizcaíno Marín,  
Juan Antonio Vargas Barraza y Juan Gaytán Cortés*

# SERVPERF: medición de la satisfacción del servicio en un hospital público

Antonio de Jesús Vizcaíno  
Vanessa del Pilar Vizcaíno Marín  
Centro Médico Nacional de Occidente  
Juan Antonio Vargas Barraza  
Juan Gaytán Cortés  
Universidad de Guadalajara, México

## INTRODUCCIÓN

El sector servicios ha tenido más rápido crecimiento en la economía mundial, según lo ha planteado la Organización Mundial de Comercio (OMC). En relación con este sector, es cada vez más notorio que los trabajadores de hoy no producen bienes materiales, sino que trabajan en actividades relacionadas con este sector. Si bien los servicios son un punto clave dentro del desarrollo económico, estos cuentan con características específicas que se desarrollan de acuerdo a la rama de actividad en que se ubican, siendo básicamente un valor intangible que es otorgada por los clientes o usuarios de un servicio, dada su heterogeneidad porque el servicio no se ofrece de la misma manera por quien lo otorga, este depende de quién lo presta, cuándo y dónde, debido al factor humano; el cual, participa en la producción y entrega. Dada la variabilidad que el servicio tiene, no se puede percibir de la misma forma, los factores externos siempre cambian, su perecibilidad hace que el servicio no se pueda almacenar, ni tampoco el cliente o usuario puede ser dueño de este existiendo una total ausencia de propiedad.



Dentro del sector servicios están aquellos que tienen que atender la salud, vinculada con el bienestar físico y psicológico de las personas. La Organización Mundial de la Salud ha definido que salud es aquel estado, no sólo de ausencia de enfermedad y de minusvalía, sino en el que además está presente el bienestar físico, mental y social (Redrado, 2003). En los

servicios de salud se formulan, se da seguimiento y se valoran políticas y programas de salud para brindar una adecuada atención y asistencia sanitaria, diagnosticando y tratando enfermedades, así también previniendo problemas y difundiendo aquello que ayuda a mantener una vida saludable.

El panorama mundial en materia de servicios de salud según la (CINU, 2015) ponen en entre dicho las políticas públicas de los países al manifestar que:

Cada día mueren cerca de 800 mujeres por complicaciones del embarazo y el parto, se calcula que en el mundo hay 2500 millones de personas en riesgo de ser infectadas por el virus del dengue, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial revelan que 400 millones de personas carecen de acceso a los servicios sanitarios básicos y el 6% de la población de los países de ingresos bajos y medios ha traspasado el umbral de pobreza extrema debido a los gastos médicos.

El “Informe sobre la salud en el mundo 2013” de la (OMS, 2013) manifiesta una serie de funciones, que todos los sistemas de salud deberían cumplir, como:

Acceso a los medicamentos esenciales y productos sanitarios, personal de salud motivado y cualificado, accesible a las personas que atiende, servicios integrados y de calidad, centrados en el paciente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta la terciaria así como una combinación de programas prioritarios de promoción de la salud y control de las enfermedades, incluidos los métodos de prevención y tratamiento, integrados en los sistemas de salud.

Lo anterior determina que los servicios de salud sean todas aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria, siendo la salud un elemento del desarrollo económico de cualquier país y una prioridad dentro de sus políticas públicas, con la finalidad de buscar y mantener el bienestar social de la población. “Los sistemas de salud surgen como respuesta social para atender las necesidades de salud de la población y promover su pleno desarrollo. Es la unión de las organizaciones donde su principal misión consiste en mejorar la salud” (Saturno, Hernández, Magaña, García y Vértiz, 2015).

En México, desde el año 2000 el número de médicos per cápita ha ido en incremento, pasando de 1.6 médicos por cada 1,000 habitantes, a 2.2 en el año 2012. Sin embargo según la (OCDE, 2014) la cifra sigue siendo inferior al promedio, el cual debe ser de 3.2.

En lo que respecta al estado de Jalisco, la Secretaría de Salud de Jalisco (SSJ) es la instancia encargada de conducir el Sistema de Salud, al coordinar los programas de promoción, prevención, fomento y regulación sanitaria, así como los servicios de salud a la persona, con plena participación de la sociedad, estableciendo en su misión mejorar la salud de los jaliscienses con servicios basados en la equidad, calidad y humanismo, pretendiendo fundamentalmente mejorar el nivel de salud de la población de la entidad, abatir las inequidades que dañan a los que menos tienen, enfrentar los nuevos retos de la Salud Pública así como procurar la máxima satisfacción de necesidades y expectativas de la población (SSJ, 2013).

## 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 1.1. El modelo SERVPERF en la evaluación de servicios

Un factor clave para asegurar el éxito de toda organización es la calidad del servicio que prestan al consumidor. Es por esta razón que conocer la opinión de lo que piensan los usuarios que reciben el servicio es vital para conocer los aspectos que se pueden mejorar para lograr satisfacer por completo al consumidor (Gutiérrez, H., 2010). Las instituciones que brindan servicios de salud también deben estar al tanto de la calidad del servicio que el paciente recibe, ya que “un servicio de salud tiene como principal objetivo mantener, restaurar y promover la salud mediante una interacción constante entre el usuario (o paciente) y los proveedores, por lo tanto, todos los esfuerzos técnicos, administrativos y científicos se enfocan para mejorar la calidad de la atención al paciente, posteriormente él será el mejor juez para evaluarla” (Torres Navarro, Jélvez Caamaño y Vega Pinto, 2014).

Debido a que existen un gran número de factores que intervienen en la prestación de un servicio de salud, es necesario diseñar un instrumento de evaluación de la calidad del servicio que permita conocer los aspectos favorables y negativos que puede llegar a tener el proceso de atención en esta área. Para medir la calidad del servicio ofrecido existen un gran número de modelos, pero resaltan de entre los más importantes el modelo SERVQUAL y SERVPERF.

SERVPERF debe su nombre a la exclusiva atención que presta a la examinación del desempeño. Los inicios de este modelo de evaluación se



remontan al año de 1985, para la gestión de la calidad del servicio partiendo de la búsqueda de respuestas a preguntas relacionadas con el servicio y su mejora, la cual fue una tarea designada a Parasuraman, Zeithaml y Berry por la Universidad de Texas. Para responder a tales preguntas, los investigadores antes mencionados realizaron una serie de estudios cualitativos y cuantitativos a clientes de diferentes comercios y negocios, como bancos, telefonía, corredores de bolsa, entre otros. Para el año de 1992, mediante una investigación sobre la capacidad de medición de una escala más concisa, basada exclusivamente en el desempeño y tomando directamente los ítems del modelo SERVQUAL, Cronin y Taylor desarrollaron un nuevo modelo al que nombraron SERVPERF, el cual a diferencia del SERVQUAL, sólo se enfoca en las percepciones de los clientes sobre el servicio que se les ha brindado (García Mestanza, J. & Díaz Muñoz, R., 2008). El modelo SERVPERF se utiliza para la examinar el desempeño de un establecimiento o servicio, el cual arroja una medición de la efectividad de un servicio. Se fundamenta en las percepciones del encuestado, ya que expresa el nivel de efectividad en lo que se desea analizar. Con esto se puede arrojar la eficacia de que los clientes o personas que usan el servicio, expresan su valoración sobre el servicio recibido.

Cronin y Taylor (1992) y (1994), llegaron a la conclusión de que el modelo SERVQUAL de calidad de servicio, propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry no era el más adecuado para evaluar la calidad del servicio, ya que este evaluaba a su vez las expectativas y la percepción del servicio, cuya diferencia significarían las distancias entre lo que espera recibir el cliente y lo que finalmente recibe, por lo que crearon una escala más concisa para medir solamente la satisfacción del servicio o lo que se conoce como la percepción del servicio producto de la experiencia obtenida, retomando los mismos ítems propuestos por el modelo Servqual (Díaz M. & García M., 2008).

## 1.2. La calidad en los servicios de salud.

Al abordar la calidad que debe prevalecer en los servicios de salud, implica conceptualizar el término en el campo de dichos servicios, aunado a que el concepto ha despertado gran interés y debate en el campo de la investigación, debido a la subjetividad que dicho término representa y al ser un elemento intangible. La calidad es una cuestión subjetividad, y como tal fue expresada por Ishikawa (1986) en la siguiente definición: “calidad significa calidad del producto. Calidad es calidad del trabajo,

calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc.” (Deming, 1989), determinó que en el campo de la producción de bienes tangibles la “calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles; solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente”. Fue Drucker quien comenzó a establecer la importancia que la calidad representa en la prestación de los servicios al ser un bien intangible, “la calidad no es lo que se pone dentro de un servicio, es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar” (Drucker, 1990). El concepto calidad “tiene múltiples significados. Dos de ellos son los más representativos de acuerdo a (Juran, 1990): 1) La calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto. 2) Calidad consiste en libertad después de las deficiencias.”, que al traducirlo en el sector servicios, significaría que el servicio identifique claramente las necesidades del cliente o usuario para que el proceso, las actividades y el personal, orienten sus acciones a la búsqueda constante de satisfacción. La calidad se produce durante la prestación del servicio, generalmente en una interacción entre el cliente y el personal de contacto de la organización, por lo que la calidad dentro de un servicio depende en gran medida del desempeño de los empleados y de la cultura de la organización cuando ésta se orienta a satisfacer al cliente. La calidad de servicio se puede definir como la diferencia entre las expectativas del cliente acerca del servicio y el servicio percibido. Si las expectativas son mayores y la calidad del servicio es menor, la insatisfacción del cliente se produce (Lewis & Mitchell, 1990).

Al ser la calidad un concepto subjetivo, no posee una especificidad absoluta, “es el consumidor quien determina qué es la calidad” (Cobra, 2000). La calidad está relacionada con las percepciones de cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie, y diversos factores como la cultura, el producto o servicio, las necesidades y las expectativas. La calidad se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, un cumplimiento de requisitos. La calidad, en relación a los productos y/o servicios, tiene varios enfoques, puede ser cuando el producto o servicio se ajuste a las exigencias de los clientes, el valor añadido, algo que no tienen los

productos o servicios similares, la relación costo-beneficio, etc. Una visión actual del concepto de calidad indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido (Keneth, 2011). Calidad es una percepción subjetiva cuya base está en la superación de expectativas auto-realizadas de una necesidad o deseo, que demuestre fiabilidad para una grata experiencia durante y después de la vida útil del servicio consumido.

### 1.3. Satisfacción del servicio.

Satisfacción es un concepto subjetivo el cual depende de la percepción del cliente; Levesque y Gordon (1996) han planteado que la “satisfacción es una actitud del cliente hacia el proveedor del servicio”; Gerson (1996) sugirió que un cliente se encuentra satisfecho cuando sus necesidades, reales o percibidas se sacian o se superan. Y resumía este principio en una frase contundente “La satisfacción del cliente es simplemente lo que el cliente dice que es”. Por su parte Zineldin (2000), expresó que satisfacción, “es una reacción emocional a la diferencia entre lo que los clientes esperan y lo que reciben”. Thompson (2005) descubrió tres grandes beneficios que obtienen las organizaciones tras lograr la satisfacción del cliente: Primer Beneficio: El cliente satisfecho, por lo general, vuelve a comprar. Esto quiere decir que la empresa obtiene como beneficio su lealtad y la posibilidad de venderle el mismo u otros productos adicionales en el futuro. Segundo Beneficio: El cliente satisfecho comunica a otros sus experiencias positivas con un producto o servicio. Por lo tanto, la empresa obtiene como beneficio una difusión gratuita que el cliente satisfecho realiza a sus familiares, amistades y conocidos y Tercer Beneficio: El cliente satisfecho deja de lado a la competencia. La empresa obtiene como beneficio un determinado lugar (participación) en el mercado. Mismo Thompson, consideró que existen tres elementos que determinan la satisfacción del cliente: El Rendimiento Percibido. Se refiere al desempeño (en cuanto a la entrega de valor) que el cliente considera haber obtenido luego de adquirir un producto o servicio. Dicho de otro modo, es el "resultado" que el cliente "percibe" que obtuvo en el producto o servicio que adquirió. El rendimiento percibido a su vez contempla una serie de características a decir: se determina desde el punto de vista del cliente, no de la empresa, se basa en los resultados que el cliente obtiene con el producto o servicio, está fundamentado en las percepciones del cliente, no necesariamente en la

realidad, sufre el impacto de las opiniones de otras personas que influyen en el cliente y depende del estado de ánimo del cliente y de sus razonamientos. Las expectativas, mismas que son producidas por el efecto de una o más de éstas cuatro situaciones: promesas que hace la misma empresa acerca de los beneficios que brinda el producto o servicio, experiencias de compras anteriores, opiniones de amistades, familiares, conocidos y líderes de opinión y las promesas que ofrecen los competidores. Finalmente el último elemento que conforma la satisfacción del cliente son Los Niveles de Satisfacción. Luego de realizada la compra o adquisición de un producto o servicio surgen estos resultados subjetivos: Insatisfacción, que se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente. Satisfacción, que se obtiene cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente. Y por último la Complacencia, la cual se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente.

Según Kotler (2013), “La satisfacción de cliente es el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta al comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas”. Es decir, es la conformidad del cliente con el producto o servicio que compró o adquirió, ya que el mismo cumplió satisfactoriamente con la promesa de venta oportuna. Por lo tanto, retomando lo anterior, se puede llegar a la conclusión de que en pocas palabras satisfacer significa complacer un deseo, una necesidad. Dentro de la literatura se establece que la satisfacción del cliente juega un papel determinante en la retroalimentación o respuesta que se genera tras haber consumido un servicio. Por ello, es de suma importancia identificar fortalezas y debilidades del servicio que se ofrece, así como de todos los aspectos que lo integran (personal, instalaciones, etc.); puesto que al tener un mejor control de dichos aspectos, se garantiza que el cliente obtenga una completa satisfacción durante y después del consumo. De esta manera, se puede concluir que la calidad está estrechamente vinculada a satisfacción, ya que influye notablemente en la percepción del cliente, y por ende culmina en ese sentimiento de complacencia que genera el haber cumplido con todas las expectativas.

## 2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

La investigación se efectuó en el área de urgencias de un hospital público y se utilizó el método cuantitativo, orientado a la recolección de datos en pacientes atendidos, por medio de una encuesta y mostrando la información recabada de manera estadística para su interpretación, Fernández (2005). El estudio fue descriptivo y se apoyó en lo que plantea Ávila (2006), al considerar que estos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Fue también de tipo transversal y retomó lo que Navarro (2004), expone cuando los datos de cada caso observado se recogen en un intervalo de tiempo corto. Razón por la cual se le conoce como un estudio de corte transversal, como si simbólicamente se efectuase un corte en el tiempo. Se partió del supuesto de que en un estudio transversal los resultados obtenidos pertenecen a una muestra representativa de la población objeto de estudio. La técnica de investigación fue la encuesta, que según García Ferrando (1993), es “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características”. Se diseñó un cuestionario como herramienta de investigación, debido a que la encuesta es una manera práctica y eficiente de conocer la percepción de los pacientes que acudieron a recibir atención al área de urgencias del hospital, además de ser la técnica que mejor se adecuó para la extracción de información. Los horarios en que se aplicó el estudio de acuerdo a lo que señala Cantoni (2009), al ser un muestreo casual precisa que se debe llevar a cabo en un lugar fijado y con un horario determinado, basados en éstas afirmaciones las encuestas aplicadas fueron en tres horarios: matutino, vespertino y nocturno, para de esta manera cubrir las 24 horas, durante el lapso de una semana de recolección de información.

Para conocer la satisfacción de los pacientes, el cuestionario consideró una serie de dimensiones que afectan a la opinión sobre la atención recibida en el servicio hospitalario, siendo de naturaleza cuantitativa. La

variable satisfacción del servicio de urgencias, contempló información que explora el día en que el usuario acudió a urgencias, clasificado como: laborable (lunes a viernes) o fin de semana (sábado o domingo), la hora en que el usuario se presentó a urgencias, clasificada en tres categorías: turno matutino (de 8:00 a 14:00 horas) turno vespertino (de 2:00 a 20:00) y turno nocturno (de 20:00 a 8:00 horas) y el número de veces que ha acudido al hospital. Dentro del segundo apartado consideró una serie de afirmaciones relativas al área de urgencias con las cuales el paciente tuvo contacto durante su estancia y que influyeron en su satisfacción, como por ejemplo: el trato brindado tanto por el personal de vigilancia como por el de recepción durante su llegada al hospital, la atención recibida por parte del personal de ventanilla, el trato profesional del personal médico, la información otorgada por los médicos acerca de su estado de salud, la amabilidad por parte del personal médico, la profesionalidad por parte del personal de enfermería, el trato del personal de enfermería, las condiciones de la sala de urgencias, el abastecimiento de equipo por parte del hospital, la organización del equipo de trabajo que la atendió, el apoyo ofrecido por el personal sanitario, las condiciones de las instalaciones, así como la satisfacción general con la estancia en el área de urgencias para finalizar con una pregunta abierta en la que se recabaron sugerencias que permitiera que el hospital mejore el servicio.

El cuestionario consideró las cinco dimensiones que se utilizan para juzgar la calidad de los servicios de una organización: Confiabilidad, entendida como la habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud. Responsabilidad, la buena voluntad de ayudar a sus pacientes y brindar un servicio rápido. Seguridad, el conocimiento de los empleados o personal sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza. Empatía, la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a los pacientes. Bienes materiales o tangibles, relacionada con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Es decir, los aspectos físicos que el paciente percibe en la organización hospitalaria. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en los elementos personas, infraestructura y objetos (Restrepo, 2014).

Para evaluar el servicio se utilizaron 14 reactivos, mediante escala likert, calificando 1 (Totalmente insatisfecho), 2 (Insatisfecho), 3 (Ni insatisfecho, ni satisfecho), 4 (Satisfecho) y 5 (Totalmente satisfecho), a fin de responder a las hipótesis que se plantearon en el estudio: Influye el

día y la hora de atención en la homogeneidad del servicio; existe una diferencia en la percepción del servicio entre los pacientes satisfechos y los no satisfechos. La muestra fue de 247 encuestas, cuyo manejo estadístico comprendió: análisis univariante de los datos, análisis de la validez de constructo y de criterio, análisis discriminante y análisis de la fiabilidad. Para la realización del análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0.

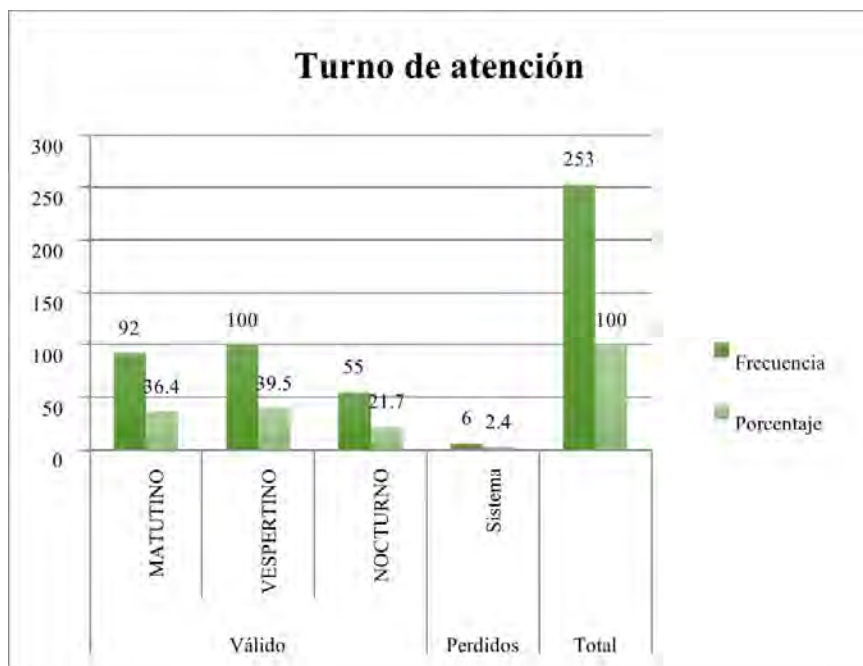
Dentro de los resultados obtenidos en el análisis univariante, el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se efectuó mediante el cálculo de la media, desviación típica, mediana y rango intercuartílico. La descripción de las variables categóricas se desarrolló mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los valores medios se compararon mediante las pruebas t de student y análisis de la varianza (ANOVA) y la comparación de proporciones se realizó con la prueba chi cuadrado. Se consideró para todos los tests el nivel de significación de p menor 0,05. En el análisis de validez del constructo se evaluó mediante la técnica del análisis factorial exploratorio de componentes principales, seguido de rotación varimax para conseguir una mejor comprensión de la matriz resultante. Como resultado del análisis se obtuvo una matriz factorial que indica la relación entre los factores y las variables. Previo a la interpretación del resultado se comprobaron los supuestos de aplicación de la misma mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), el test de esfericidad de Barlett y el determinante de la matriz de correlaciones.

Para efectuar el análisis de fiabilidad del instrumento se llevó a cabo una evaluación de la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, para el total del cuestionario y para cada uno de los factores. Su valor oscila entre 0 y 1. El valor Alfa de Cronbach que se obtuvo fue de 0,70 para posteriormente realizar comparaciones individuales entre grupos y de 0,90- 0,95. Junto con el cálculo de este coeficiente se realizó una medición de la correlación ítem- total de la escala y la determinación del valor alfa.

2.1. Resultados obtenidos en la evaluación al cruzar día y hora de atención.

En las tablas siguientes se describe la frecuencia de asistencia de los turnos, el día y los cruces entre estas dos primeras ponderaciones con ayuda del ANOVA estadístico y chi cuadrada. Obteniéndose así, que el lunes en el turno vespertino es el que tuvo más tránsito de pacientes.

Gráfica 1  
Turno de atención



Fuente: elaboración propia con base en los resultados de investigación.

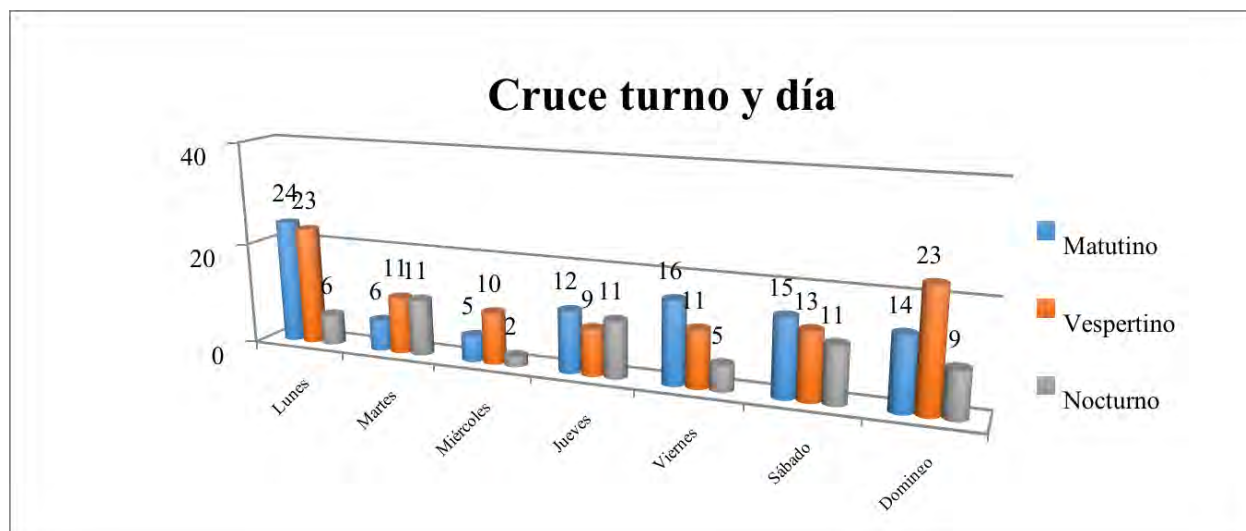
Gráfica 2  
Día de atención



Fuente: elaboración propia con base en los resultados de investigación.



Gráfica 3  
Cruce de turno y día



Fuente: elaboración propia con base en los resultados de investigación.

Tabla 1

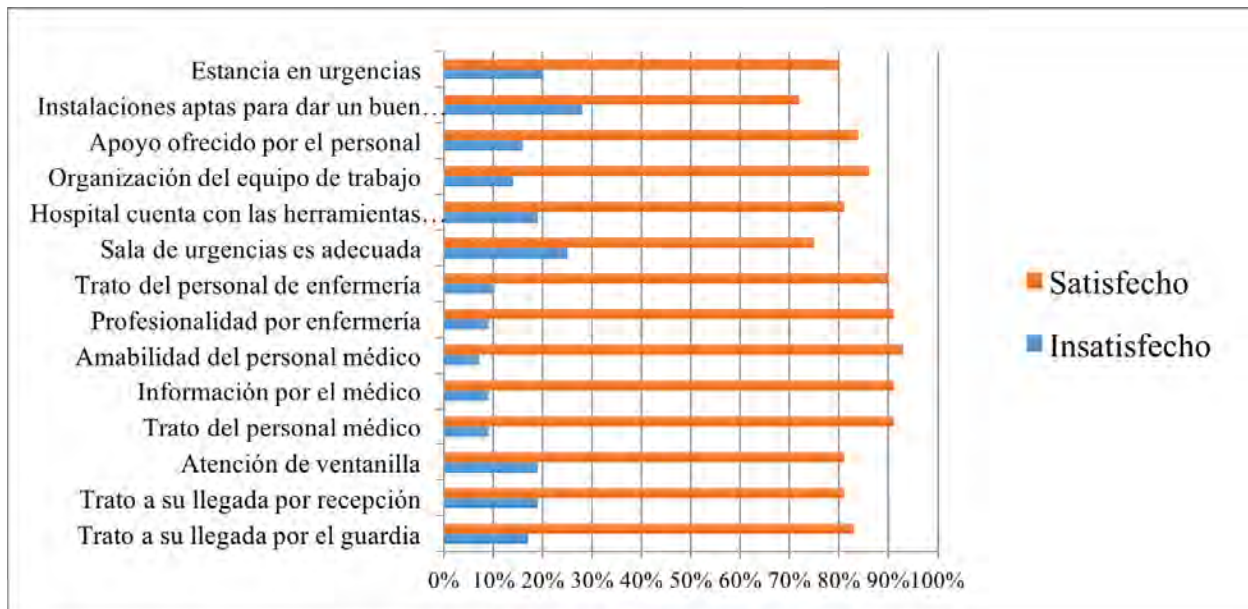
ANOVA con relación a los días y turnos, obtenida de las encuestas realizadas

Test Estadístico	Valor	Df	Valor-p
Pearson Chi-Square	20.469	12	0.059
ContinuityAdjusted Chi-Square	15.195	12	0.231
Likelihood Ratio Chi-Square	20.478	12	0.059

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de investigación.

De acuerdo a la anova realizada tanto al día-turno, se esperaría que independientemente del turno y día, el servicio en el área de urgencias fuera homogéneo. La distancia que hay entre los turnos manifiestan que existe cierta similitud de homogeneidad en el servicio entre los turnos-día, por lo que la percepción del servicio de calidad puede estar determinado más por factores extrínsecos a la institución, siendo el principal factor el propio paciente, debido a situaciones que tienen que ver con sus condiciones de salud, el malestar físico que tiene, la sintomatología y la exigencia misma de ser atendido de manera oportuna para mejorar su condición.

Gráfica 3  
Evaluación del servicio en el área de urgencias con base en el modelo servperf



Fuente: elaboración propia con base en los resultados de investigación.

Los principales resultados percibidos por los pacientes en cuanto a los niveles de satisfacción se presentaron en el siguiente orden: la amabilidad del personal médico, seguido del trato de dicho profesional y la información proporcionada respecto al estado de salud del paciente. Hay que resaltar que también se reconoce la profesionalidad del área de enfermería y el trato otorgado a los pacientes. En relación a los niveles de insatisfacción obtenidos se señalan que el área de urgencias no tiene las condiciones óptimas para otorgar un buen servicio siendo inadecuado su funcionamiento así como el trato y atención recibido por el personal de recepción en ventanilla, lo que se constituye en ventajas a trabajar dentro de la institución hospitalaria para garantizar que los pacientes reciban un trato digno y adecuado a sus necesidades de salud.

Con la anterior tabla se compararon las medias de los grupos, este procedimiento de ANOVA se utilizó para el diseño completamente aleatorio y es una extensión de la prueba t de varianza conjunta para la diferencia entre dos o más medias. La variación dentro de los grupos mide la variación aleatoria, y la variación entre los grupos se debe a la diferencia que existe de un grupo a otro, valor de  $F_{estad} = 0.296$  es menor que  $F = 1.84$ , se acepta la hipótesis nula, y se concluye que hay una

diferencia significativa entre los pacientes satisfechos y los pacientes no satisfechos.

Tabla 2  
Análisis de F estadístico

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	1647.06667	14	117.647619	0.296	0.99253	1.8602423
Dentro de los grupos	23833.6	60	397.2266667			
Total	25480.6667	74				
Total	24300.6667	74				

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de investigación.

¿Qué sugiere para brindarle un mejor servicio en el área de urgencias? Los pacientes manifestaron una serie de sugerencias para mejorar la calidad del servicio en el área de urgencias (Tabla 3).

Tabla 3  
Sugerencias para mejora del servicio de acuerdo con el paciente

Ninguna	81 (no necesita mejora)
Limpieza general	83 (16 limpieza de baños)
Atención de camilleros	26 (más personal de camillería)
Remodelación de instalaciones	36 (ampliar instalaciones)
Atención en ventanillas	17 (paciencia para la atención)

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de investigación.

## CONCLUSIONES

La percepción del servicio que se proporciona en el área de urgencias del hospital es homogéneo, no influyendo el día y hora de atención, rechazando la hipótesis de que influye el día y la hora de atención del servicio.

De acuerdo a las dimensiones del servicio que se analizaron en el estudio, existen mayores niveles de satisfacción que insatisfacción en los pacientes atendidos en el área de urgencias, sin embargo se deben desarrollar procesos de mejora en lo que respecta a las instalaciones y la atención que puede brindar el personal de recepción.

Los pacientes reconocen la capacidad mostrada por el equipo médico del área de urgencias al dar solución a las complicaciones y enfermedades manifestadas durante el proceso de atención, valorando como una ventaja

competitiva en dicho personal, el trato recibido y la información otorgada respecto a sus condiciones de salud.

Se destaca en los resultados del estudio el profesionalismo y atención que otorga el personal de enfermería a diferencia de la atención recibida por el personal de recepción, ubicado en el área de ingreso al servicio de urgencias.

Existen factores extrínsecos al área de urgencias con relación a la calidad del servicio, siendo el principal elemento el propio estado de salud que manifiesta el paciente al demandar atención.

Los pacientes motivo de estudio consideran importante que los directivos del hospital valoren la posibilidad de una remodelación a los espacios destinados al área de urgencias, para garantizar una mayor calidad en el servicio, así como poner énfasis en lo que respecta a limpieza en general y en especial a los sanitarios.

Los pacientes proponen mayor incremento de personal de camillería para agilizar la demanda en los diferentes servicios requeridos durante su atención hospitalaria.

Los resultados reflejan que en los servicios hospitalarios públicos se debe cuidar el trato y atención de todo el personal así como las instalaciones para garantizar servicios de salud de calidad.

## REFERENCIAS

- Ávila, Héctor (2006). Introducción a la metodología de la Investigación. México: Eumed.
- Cantoni, N. (2009). Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales*, (7)53.
- CINU, (2015). Salud. Temas de interés. Centro de Información de las Naciones Unidas. Recuperado de: <http://www.cinu.mx/temas/salud/>
- Cobra, M (2000). *Marketing de Servicios: Estrategias para Turismo, Finanzas, Salud y Comunicación*. Bogotá: McGraw-Hill
- Cronin, J. & Taylor, S. (1994): Servperf versus servqual: Reconciling performance- based and perceptions-minus- expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*. (58).
- Deming, W. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Díaz de Santos.
- Díaz, R., & García, J. (2008). Comparativa entre distintos sistemas de medición de calidad. *Esicmarket*, (130), 57-97.

- Druker, P. (1990). *Services Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Fernández, A. (2005). *Investigación y técnicas de mercado*. México: Esic.
- García-Saisó, S; Hernández-Ávila, M; Saturno-Hernández, P; Vértiz-Ramírez, J d J; Magaña-Valladares, L; (2015). Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 57() 275-283.
- García, M., García, M., Ibáñez, J, Alvira, F. (1993). *Métodos y técnicas de Investigación*. Madrid: La encuesta.
- García, J. & Díaz, R. (2008). Comparativa entre distintos sistemas de medición de calidad de servicio. *EsicMarket*. 1(30). 57-97.
- Gerson, R. (1996). *Cómo Medir La Satisfacción del Cliente*. México: Grupo Editoriaallberoamérica.
- Gutiérrez, H. (2010). *Calidad total y productividad*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es control total de la calidad?*. Bogotá: Norma.
- Juran, J.(1990). *Juran y la planificación de la calidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Keneth, A. (2011). *Concepto de Calidad*. CreceNegocios. Recuperado de: <http://www.crecenegocios.com/concepto-de-calidad/>
- Kotler, P. (2013). *Fundamentos del marketing*. México: Pearson.
- Kotler, P. (2004). *Marketing*. Madrid: Pearson.
- Levesque, T., y Gordon M. (1996). Determinants of customer satisfaction in retail banking. *International Journal of Bank Marketing*, 14(7),12- 20.
- Lewis, B. y Mitchell, V.(1990). Defining and measuring the quality of customer service. *Marketing Intelligence & Planning*, 8 (6),11-17.
- Zineldin, M. (2000). Beyond relationship marketing: technologicalship marketing. *Marketing Intelligence & Planning*, 18(1), 9-23.
- OCDE (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Recuperado de:<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
- OMS (2013). *Campañas mundiales de salud pública de la OMS*. Organización Mundial de la salud. Recuperado de: <http://www.who.int/campaigns/world-healthday/2015/event/es/>
- Redrado, J. (2003). *Humanización de Salud*. Bogotá: San Pablo.

- Restrepo, J. (2014). Marketing management a competitiveness contribution to small enterprises in the services sector in Medellin, 37, 150-174.
- Secretaría de Salud Jalisco. (2013). Servicios y programas. México: Secretaría de Salud Jalisco. Recuperado de: <http://ssj.jalisco.gob.mx/servicios-y-programas/programas/busqueda>.
- Thompson, I. (2005). La satisfacción del cliente. Promonegocios. Recuperado de: [http://moodle2.unid.edu.mx/dts\\_cursos\\_md/pos/MD/MM/AM/03/Satisfaccion\\_del\\_Cliente.pdf](http://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/pos/MD/MM/AM/03/Satisfaccion_del_Cliente.pdf).
- Torres, C., Jélvez, A., & Vega, F. (2014). Evaluación de la calidad en un servicio de urgencia utilizando el modelo servperf. Universidad, Ciencia y Tecnología, 18(71), 38-49.