

**CONDICIONES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS QUE  
POTENCIALMENTE INFLUIRIAN EN LA SATISFACCION DEL CLIENTE  
INTERNO Y EXTERNO DE UN SERVICIO DE SALUD: IMPLICACIONES  
PARA LA GESTION OPERACIONAL.**

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**

**MARCELA MALDONADO CLAVIJO**

**JAIRO MORALES QUEVEDO**

**MAICOL VILLANUEVA VERA**

**AGOSTO, 2013**

**Universidad, Colegio Mayor de Nuestra señora del Rosario**

**MARCELA MALDONADO CLAVIJO**

**JAIRO MORALES QUEVEDO**

**MAICOL VILLANUEVA**

**Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Administración en  
Salud**

**DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**Merlín Patricia Grueso Hinestroza**

Docente Investigador

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

**FACULTAD DE ADMINISTRACION**

**MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD**

**AGOSTO, 2013**

## **DEDICATORIA**

“A ti, madre, que siempre has sido mi motor y me has enseñado que ante la perseverancia, todo lo propuesto puede lograrse, he aquí uno de mis objetivos cumplidos.”

“Al creador de todas las cosas, el que me ha dado la oportunidad y bendición de llegar hasta esta etapa profesional de mi vida, a Dios. De igual forma, dedico esta tesis a la persona más importante en mi vida, mi madre, quien es la base de todos mis triunfos y quien ha dado todo de ella para apoyarme en cada meta que impongo, A mi hermano que siempre ha estado junto a mí y quien se ha preocupado por unirnos en familia.”

“Quiero dedicar este trabajo que es el fruto del conocimiento y de la puesta en práctica del aprendizaje obtenido durante el tiempo de estudio; a Dios, a mis padres, a mi hermana, a mis compañeros y demás familiares, a mis amigos y a todas aquellas personas allegadas que de una u otra forma me apoyaron, creyeron en mi y en mi iniciativa de ser mejores persona y profesional”.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad del Rosario, mi alma matter, porque ser Rosarista es un honor que se merece, a Merlín Patricia Grueso, quien me enseñó que ante la paciencia, la dedicación y el trabajo académico preciso, las metas pueden cumplirse, a mi compañero Jairo Morales, porque a pesar de los obstáculos me mostró que el trabajo en equipo vale la pena y a través de este los buenos amigos se conocen, tu eres uno de esos.

Agradezco a Dios por permitirme cumplir con este logro en mi vida profesional, por que sentí su compañía a lo largo de este proceso, dándome fortaleza y sabiduría, a mi madre y hermano por su apoyo, a la Universidad Del Rosario quien abrió sus puertas y me dio las herramientas necesarias para el cumplimiento de este logro profesional, a mi directora de tesis por su visión crítica y orientación y en especial agradezco a mi compañera y amiga Marcela Maldonado quien no dudo en dedicar su apoyo y empeño incondicional y quien fue un eslabón fundamental en el desarrollo de la tesis.

“Gracias a Dios, por permitirme alcanzar este nuevo logro en la vida,; a mis familiares por su apoyo incondicional, a los docentes por su enseñanza y colaboración durante esta etapa, a la asesora de tesis por su entrega, compromiso y dedicación; a la E.S.E Hospital San Antonio del Municipio del Guamo Tolima, y a los participantes por su apoyo incondicional con la investigación, finalmente a la **UNIVERSIDAD DEL ROSARIO** y a la **UNIVERSIDAD CES** por brindarme la posibilidad de ser mejor profesional y ser human

## Tabla de contenido

RESUMEN .....	10
ABSTRACT .....	11
INTRODUCCION .....	13
1. MARCO TEORICO .....	14
2. MARCO REFERENCIAL .....	37
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACION.....	42
4. OBJETIVOS.....	60
5. METODOLOGIA .....	61
6. RESULTADOS .....	71
7. ANALISIS.....	98
8. CONCLUSIONES .....	118
9. RECOMENDACIONES .....	128
10. BIBLIOGRAFIA .....	130

## **Tabla de Ilustraciones**

<b>Ilustración 1 Modelo de la calidad del servicio de Grönroos (1984) .....</b>	<b>23</b>
<b>Ilustración 2 Modelo de calidad de Grönroos y Gummerson 1987.....</b>	<b>24</b>
<b>Ilustración 3 Modelo de la oferta de servicios incrementada de Grönroos .....</b>	<b>25</b>
<b>Ilustración 4. Modelo de servuccion de Elieger y Langeard ..</b>	<b>26</b>
<b>Ilustración 5 Modelo de evaluación de la prestación del servicio de Bitner .....</b>	<b>27</b>

## Tablas

Tabla 1 Diferencias entre Satisfacción y Calidad .....	15
Tabla 2 Diferencias conceptuales entre calidad esperada y calidad percibida. ....	18
Tabla 3 Factores relacionados con el origen de los 4 Gaps.....	22
Tabla 4 Condiciones intrínsecas de la Satisfacción del usuario para cada uno de los actores del proceso.....	36
Tabla 5 Conceptos culturales relativos a la satisfacción con la atención medica.....	46
Tabla 6 Los 20 aspectos mas importantes, mencionados por los pacientes en cuanto a satisfacción en salud .....	49
Tabla 7 Índice Global del sistema según componentes .....	56
Tabla 8 Índice Global del Sistema según componentes .....	35
Tabla 9 Registro de Pacientes atendido en los servicios del hospital, 2011.....	63
Tabla 10 Registro de Funcionarios del Hospital de acuerdo a los servicios.....	65
Tabla 11 Muestreo estratificado de usuarios de acuerdo al registro de atención del año 2011 .....	67
Tabla 12 Muestreo estratificado de Funcionarios de Acuerdo a las Áreas de Trabajo del Hospital .....	68
Tabla13. Análisis factorial exploratorio.....	47

Tabla 14 Análisis de fiabilidad, Alfa de Cronbach.....	74
Tabla 16 Distribución de participantes de acuerdo al grupo etéreo en edad.....	76
Tabla 15 Distribución de usuarios/funcionarios de acuerdo al sexo. .....	50
Tabla 17 Distribución de participantes de acuerdo a su Estado Civil .....	51
Tabla 18 Distribución de participantes de acuerdo a su nivel educativo. ....	52
Tabla 19. Distribución de Funcionarios participantes de acuerdo a su Área de Trabajo.....	53
Tabla 20. Distribución de los funcionarios participantes de acuerdo a el cargo desempeñado en el hospital.....	54
Tabla 21. Distribución de funcionarios participantes de acuerdo a la antigüedad laboral en el hospital.....	56
Tabla 22 Distribución de los funcionarios participantes de acuerdo a la antigüedad laboral en el cargo actual. ....	57
Tabla 23 Distribución de usuarios participantes de acuerdo a su ocupación .....	85
Tabla 24 Distribución de usuarios participantes de acuerdo al servicio consultado. ....	60
Tabla 25 comparacion de medias usuarios vs. Funcionarios.....	62

Tabla 26. Prueba T para igualdad de medias .....	65
Tabla 27. Prueba T para igualdad de medias de los factores 1, 2, y 3.....	67

## RESUMEN

Calidad en salud y Satisfacción en salud son dos fenómenos de naturaleza distinta, sin embargo la literatura reporta que en las mediciones de ambas parecen evaluarse factores similares en la prestación de los servicios de salud. La calidad en salud hace referencia a las "creencias que como forma de la percepción forman parte de la cognición mientras que la satisfacción "pertenece al campo de las actitudes, del afecto, de la favorabilidad o desfavorabilidad. El objetivo fundamental de la calidad ha sido satisfacer las necesidades de los clientes internos y externos pues estos son quienes determinan los niveles de satisfacción de acuerdo a sus expectativas; La satisfacción de los servicios de salud, concebida como un juicio de valor positivo o negativo que construye el sujeto que ha recibido el servicio de acuerdo al cumplimiento de sus expectativas, es considerada uno de los principales objetivos de la calidad de atención en salud y un indicador del óptimo funcionamiento de las instituciones hospitalarias, así entonces, el objetivo de este estudio fue determinar cuáles son las características asistenciales y administrativas que potencialmente influirían en la valoración de la satisfacción del usuario y funcionario frente a la atención en los servicios de salud del Hospital Municipal del Guamo-Tolima, mediante la identificación, medición y descripción de las mismas.

Los resultados del estudio obtenidos a partir de la comparación de medias de cada uno de los ítems evaluados, y de la diferencia significativa de medias, mostraron que existen diferencias significativas entre la importancia asignada por los usuarios frente a la asignada por los funcionarios, para los ítems 1 al 6, y para aquellos que componen la sub-escala N°1. En conclusión, la valoración de la satisfacción de los servicios de salud por parte de los usuarios y funcionarios es un constructor que resulta de la interacción entre variables administrativas y asistenciales que están relacionadas directamente con la atención recibida por el paciente y prestada por el funcionario no solo se compone de características de índole asistencial relacionadas pues estas tienen un alto en el diseño y la ejecución de la prestación de los servicios.

**PALABRAS CLAVES:** Calidad en salud, Satisfacción de los servicios de salud, gestión hospitalaria.

## ABSTRACT

Quality in health and health satisfaction are two phenomena of a different nature, however the literature reports that both measurements seem similar factors evaluated in the provision of health services. The health quality " refers to beliefs that shape perception as part of cognition while satisfying " belongs to the field of attitudes, affection, or desfavorabilidad favorability. The fundamental objective of quality has been meeting the needs of internal and external customers as these are the ones to determine satisfaction levels according to their expectations; satisfaction health services conceived as a value judgment, positive or negative constructs the subject that has been serviced according to the fulfillment of their expectations, is considered one of the main objectives of the quality of health care and a measure of optimal performance of hospitals and then, the objective of this study was determine what assistance and administrative characteristics potentially influence the assessment of user satisfaction and official to care in health services Municipal Hospital guamo-Tolima, by identifying, measuring and describing them.

The study results obtained from the comparison of means of each of the items assessed, and the significant difference of means showed significant differences between the importance assigned by users against the officials assigned to the Items 1 through 6, and those that comprise the sub-scale No. 1. In conclusion, the assessment of the satisfaction of health services by users and officials is a constructor that results from the interaction between administrative and welfare variables that are directly related to the care provided by the patient and not provided by the official only features include nature related care as these are high on the design and implementation of service delivery.

**KEY WORDS:** Quality in health, satisfaction of health services, hospital management.

## **INTRODUCCION**

El siguiente trabajo tiene como objetivo identificar las condiciones asistenciales y administrativas que influyen en la satisfacción de los usuarios de un servicio de salud, para tal fin se tuvo en cuenta no solo la participación de los usuarios, si no también de los funcionarios de la organización hospitalaria, a partir de estas se realizo una comparación entre las calificaciones de ambos, con el fin de conocer las semejanzas y diferencias entre las características asistenciales y administrativas consideradas altamente influyentes en la valoración de la satisfacción de los servicios de salud prestados y/o recibidos.

## **1. MARCO TEORICO**

En el presente apartado se abordaran todos aquellos conceptos relacionados con la satisfacción del usuario en los servicios de salud. Si bien es cierto que la satisfacción del usuario inicialmente se trabajó en áreas tales como la administración y la economía, hoy en día, esta se considera como una variable de gran importancia y de alta influencia en la calidad de los servicios de salud. Inicialmente se realizará un contexto histórico y conceptual de la calidad en salud, posteriormente se definirá la satisfacción del usuario en los servicios de salud y finalmente describiremos cuales son los factores influyentes en esta.

### ***CALIDAD EN SALUD***

¿Qué es calidad en salud?, ¿Qué es Satisfacción en salud?; La literatura reporta que estos dos conceptos son fenómenos de naturaleza distinta, sin embargo en las mediciones de ambas, parece evaluarse factores similares en la prestación de los servicios de salud. La calidad percibida en salud hace referencia a las diversas percepciones de carácter cognitivo que se tienen sobre la ejecución y los resultados de la prestación de un servicio, mientras que la satisfacción hace a alusión a las percepciones subjetivas relacionadas directamente con el campo de las actitudes, del afecto, de la favorabilidad o desfavorabilidad; a pesar de la diferencia conceptual es evidente que ambos términos guardan una relación empírica significativa, por lo tanto la medición independiente del uno o del otro puede dar cuenta de la situación de cada uno de estos (Satorres, 2008).

La tabla # 1 muestra las diferencias que existen entre la satisfacción y la calidad en la atención en salud. En razón de cinco dimensiones: 1. Atributos y

dimensiones, 2. Tipos de expectativas, 3. Naturaleza experimental, 4. Elemento central de la investigación y 5. Modelo cognitivo-afectivo.

**Tabla 1 Diferencias entre Satisfacción y Calidad**

<b>DIMENSION DE COMPARACION</b>	<b>CALIDAD</b>	<b>SATISFACCION</b>
<b>Atributos y dimensiones</b>	Específicos de los juicios de calidad	Potencialmente todas las dimensiones son relevantes
<b>Tipos de expectativas</b>	Ideales “excelencia”	Expectativas predictivas, normativas, necesidades
<b>Naturaleza experimental</b>	No es necesaria, influida por factores externos	Necesaria
<b>Elemento central de la investigación</b>	Dimensiones y medida	Procesos mediante los que se realizan las evaluaciones
<b>Cognitivo/afectivo</b>	Predominante cognitivo	Predominante afectivo

Fuente: Adaptado de Oliver, 1993, Pág. 76,

La calidad ha sido un concepto que ha tenido diferentes acepciones de acuerdo al tiempo, al contexto y al escenario en el cual se estudie y a la aplicabilidad que se le dé; inicialmente la calidad se definió en las ciencias administrativas, industriales y económicas; posterior a su evolución, esta se ha venido aplicando en diferentes campos, entre estos, el campo de la salud. Dentro de las definiciones construidas por autores reconocidos y consultores de calidad están: Shewhart citado por Narey (2011), quien afirma que la calidad es “la bondad de un producto” (p. 69). Juran (1990) realiza una definición interesante que aporta a el objeto de estudio de esta investigación, este autor afirma que la calidad es la satisfacción del cliente externo e interno, Crosby, citado por Narey (2011), afirma que la calidad es “ajustarse a las especificaciones” (p. 69).

Narey (2011) menciona la definición de calidad dada por la Real Academia de España en su vigésima edición, se entiende entonces por calidad como “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que otra cosa de su misma especie” (pág. 61), esta definición nos proporciona un concepto de corte valorativo y comparativo, características que convierten a la calidad en un fenómeno medible. Las ciencias económicas por su parte definen la calidad como “el conjunto de propiedades de un producto que condiciona su utilidad para satisfacer determinadas necesidades productivas o personales” (Narey, 2011, p. 61).

El objetivo fundamental de la calidad ha sido satisfacer las necesidades de los clientes internos y externos pues estos son quienes determinan los niveles de acuerdo a sus expectativas, he aquí el concepto conocido como “la calidad esperada” la cual hace referencia al cumplimiento de requisitos mínimos para que el cliente se sienta a gusto con el producto adquirido o con el servicio recibido. De allí surgen otros conceptos tales como la calidad percibida y la calidad superior, los cuales se trabajan específicamente en la prestación de servicios (Narey, 2011).

Independientemente de las modificaciones que el concepto ha tenido a lo largo de la historia y de los diferentes escenarios en los cuales se ha utilizado, es claro que la calidad es un fenómeno variable que busca alcanzar la perfección de un producto y/o servicio, por lo tanto es susceptible de medición, evaluación, y modificación (Narey, 2011).

Ahora bien, la calidad se ha convertido en un concepto muy estudiado para la producción de objetos tangibles, sin embargo es necesario aclarar que la medición y la evaluación de la calidad de objetos no tangibles, como en este caso se considera la prestación de servicios en salud, es un asunto mucho más complejo, debido a que estos tienen características particulares en comparación con las características de los objetos tangibles, estas características son: 1. La intangibilidad, 2. La Heterogeneidad y 3. La Inseparabilidad. (Satorres, 2008)

Según Lovelock, citado por Satorres (2008), la intangibilidad es tal vez la característica más importante de la prestación de servicios, esta hace alusión a que los servicios no son objetos, si no resultados, lo cual implica que el servicio no puede ser verificado y evaluado por el usuario antes de recibirlo ni tampoco puede expresar las especificaciones con las cuales desea el producto, contrario a lo que sucede con los objetos tangibles. La heterogeneidad se considera como otra característica particular de los servicios, pues sus resultados “pueden ser muy variables de productor a productor, de cliente a cliente y de día a día, por lo tanto es difícil asegurar una calidad uniforme de tal manera que la organización puede interpretar que ha prestado sus servicios con la calidad esperada, sin embargo el cliente lo puede percibir de una manera diferente. (Satorres, 2008). La siguiente característica es la inseparabilidad, pues en la prestación de servicios, la producción de estos, y el consumo no son procesos independientes, esto puede afectar significativamente la calidad del servicio.

Estas características intrínsecas llevan al usuario a evaluar la calidad de la prestación del servicio no desde el resultado, como si sucede con los objetos tangibles, si no desde el proceso, por lo tanto la evaluación de calidad en la

prestación de los servicios no apunta a la calidad esperada o calidad objetiva si no a la calidad percibida por el usuario o calidad subjetiva. (Satorres, 2008).

Por un lado, la calidad percibida se define como una valoración subjetiva basada en comparaciones que se realizan teniendo en cuenta la excelencia o superioridad relativa de los bienes o servicios que el consumidor ve como sustitutos; esta supone un nivel de abstracción más alto que cualquiera de los atributos específicos del producto (Satorres, 2008). Por otro lado, la calidad esperada se define como “el juicio objetivo que evalúa la superioridad, a menudo técnica, de un producto que es medible y verificable respecto a un estándar ideal predeterminado.” (Satorres, 2008, p. 26) ver tabla # 2

La tabla 2 muestra las diferencias conceptuales que existen entre la calidad esperada, por la cual trabajan los funcionarios de la organización, y la calidad percibida la cual es valorada por los usuarios que han recibido los servicios.

**Tabla 2 Diferencias conceptuales entre calidad esperada y calidad percibida.**

<b>CALIDAD ESPERADA/OBJETIVA</b>	<b>CALIDAD PERCIBIDA/SUBJETIVA</b>
Visión interna de la calidad	Visión Externa de la calidad
Enfoque de producción /Oferta	Enfoque de Marketing/Demanda
Adaptación a especificaciones pre-establecidas	El cliente autentico juez de la calidad
Prestación sin errores, reducción en los costes y evitando desviaciones respecto al estándar establecido	Habilidad de la empresa para determinar las necesidades , deseos y expectativas de los clientes
Adecuada para actividades estandarizadas	Actividades de elevado contacto con clientes.

Fuente: Vázquez y colaboradores, (1996). Citados por Satorres, (2008)

En el escenario de la salud, la calidad se interpreta como la excelencia en la prestación del servicio, Aveis Donabedian (1997), precursor de investigaciones relacionadas con el tema, afirma que la calidad se define como una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. La Organización Mundial de la Salud (1996) considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: Alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente y el impacto final en la salud.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, la calidad en salud se define como “la provisión de servicios a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Ministerio de la Salud y Protección Social, Republica de Colombia, 2013).

Por su parte Kerguelen (2008), afirma que la definición dada por el Ministerio de salud y protección social, la cual está centrada en el usuario, involucra aspectos tales como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención; estos aspectos deben considerarse vitales en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

El objetivo de la calidad en salud es garantizar que todo prestador de servicios ofrezca siempre una atención integral, cumpliendo con los requisitos

mínimos de la calidad esperada (Sanchez, 2005) requisitos estipulados en los estándares básicos de habilitación, expedidos por el Ministerio de salud y de la protección social. En Colombia el objetivo de la calidad esperada es un logro obligatorio para todos aquellos que participan del Sistema General de seguridad social en salud, aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y usuarios, están llamados a cumplir con los requisitos mínimos de la calidad esperada en salud (Kerguelen, 2008).

La calidad en salud es fenómeno multidimensional, razón por la cual puede ser comparada y evaluada con otros fenómenos similares o equiparables; este se desarrolla en cuatro dimensiones: 1. Dimensión técnico-científica, 2. Dimensión Administrativa, y 3. Dimensión Interpersonal (Sanchez, 2005).

La dimensión técnico científica hace referencia a los conocimientos y habilidades técnico-procedimentales que el profesional de la salud debe poseer para prestar el servicio. En esta se incluyen aspectos tales como el cumplimiento de normas, protocolos y manuales (Sanchez, 2005).

La dimensión administrativa, consiste en los trámites y procedimientos operativos inherentes a la atención en salud, los cuales tiene un impacto importante en el funcionamiento de los servicios y en la calidad de la prestación del servicio (Sanchez, 2005).

Finalmente, la dimensión interpersonal hace referencia a la “interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios, involucrando las actitudes que surgen durante la atención, como el respeto y la cordialidad que deben enmarcar la relación entre estos” (Sanchez, 2005, pág. 24)

Así como existen dimensiones, la calidad también ha sido representada a través de modelos, en los cuales se explican sus variables, sus procesos y su evaluación. Este ejercicio contempla ocho modelos diferentes el cual inicia con el modelo propuesto por Parasuraman y colaboradores (1994) denominado el modelo de los 5 Gaps desarrollado inicialmente en el año 1985; el modelo ampliado de la calidad de Parasuraman y colaboradores (1994) desarrollado hacia el año 1988, el modelo construido por Grönroos (1984) que proviene de la escuela Nórdica, llamado modelo de calidad del servicio; el modelo de calidad de Grönroos y Gummerson (1987); el modelo de gestión del producto-servicio: la oferta de servicios incrementada, trabajado igualmente por Grönroos (1988), el modelo de servucción de calidad propuesto por Eiglier y Langeard (1998), el modelo de calidad construido por Bolton y Drew (1991), y finalmente el modelo propuesto por Bitner (1990).

Tal como lo señala Satorres (2008) el modelo de los 5 Gaps “se basa en la identificación de los problemas que llevan a una organización a una situación de prestación de un servicio de no calidad (...) con el fin de encontrar las soluciones y establecer los programas de actuación”. (p. 34)

Los 5 Gaps, discrepancias o deficiencias que explora el modelo son: 1. Gap 1 Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos. Gap 2 Discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad. Gap 3 Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio. Gap 4 Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. Gap5 Discrepancia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene el servicio (Satorres, 2008, pág. 35). El

modelo propone que el último gap es producto de la presencia de los cuatro anteriores por lo tanto las expectativas del consumidor son el único indicador con el cual se puede medir la calidad del servicio.

El modelo ampliado de la calidad del servicio de Parasuraman y colaboradores (1988) se centran tan solo en el Gap 5 y se conoce también como “El modelo de las Deficiencias” en el cual la calidad se concibe como “una función de la discrepancia entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir y sus percepciones sobre el servicio presentado” este aspecto es la afirmación propuesta en el GAP 5, el cual depende de la gestión eficiente que realice la dirección de la empresa. La tabla N° 3, muestra las deficiencias contempladas en este modelo, las cuales a su vez se relacionan con el origen de los 4 gaps anteriores

**Tabla 3 Factores relacionados con el origen de los 4 Gaps**

<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL ORIGEN DE LOS 4 PRIMEROS GAPS</b>			
<b>DEFICIENCIA 1</b>	<b>DEFICIENCIA 2</b>	<b>DEFICIENCIA 3</b>	<b>DEFICIENCIA 4</b>
Cultura orientada a la investigación	Compromiso que asume la dirección con la calidad del servicio	Falta de sentido trabajo en equipo	Comunicación descendente
Comunicación ascendente	Objetivos	Desajuste entre los empleados y sus funciones	Propensión a prometes en exceso
Niveles de mando	Establecimiento de normas para ejecución de tareas	Desajuste entre la tecnología y sus funciones	

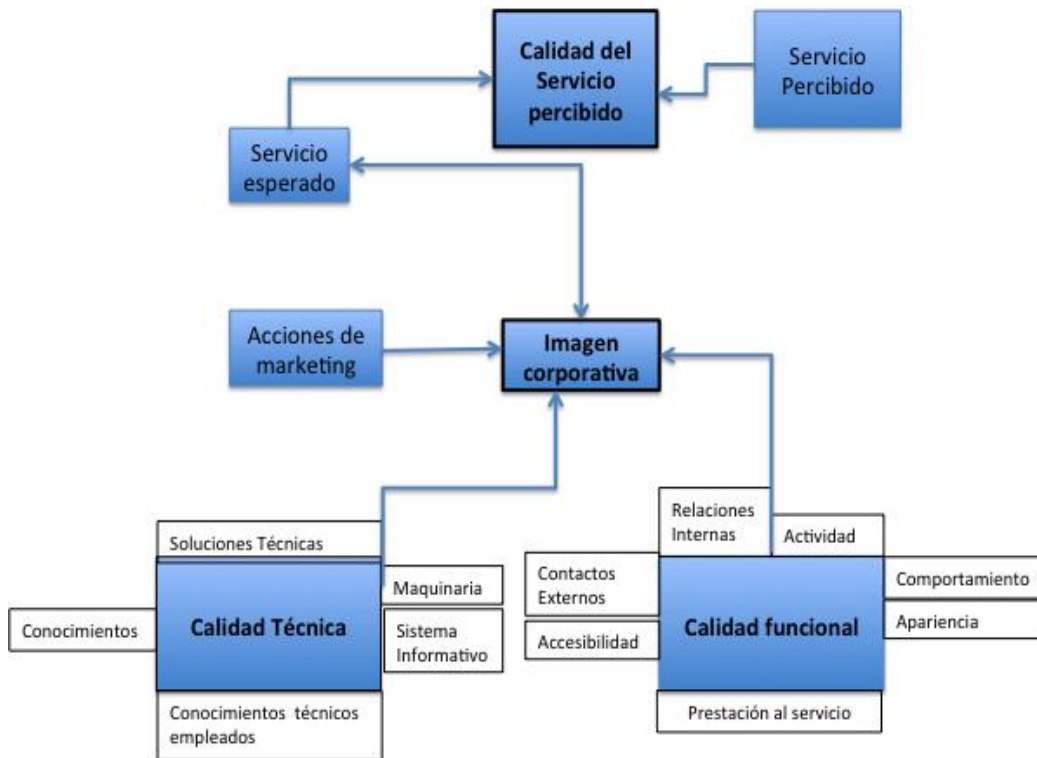
	Percepción de viabilidad	Falta de control percibido	
		Conflictos funcionales	
		Ambigüedad de las funciones	

Fuente: Adaptado de (Satorres, 2008, pág. 38)

El modelo de calidad de servicio de Grönroos (1984) está diseñado para explicar la calidad percibida del servicio a través de las dimensiones de la calidad y de las actividades del marketing tradicional. Grönroos (1984) afirma que la calidad percibida es el resultado del cumplimiento de las expectativas

del cliente junto con el cumplimiento de factores tales como la comunicación de marketing, la imagen corporativa local, y el cumplimiento de las necesidades del cliente. Es así como la calidad percibida termina dependiendo de las diferencias que existen entre la calidad esperada y la calidad experimentada (Satorres, 2008). La siguiente ilustración explica la dinámica del modelo.

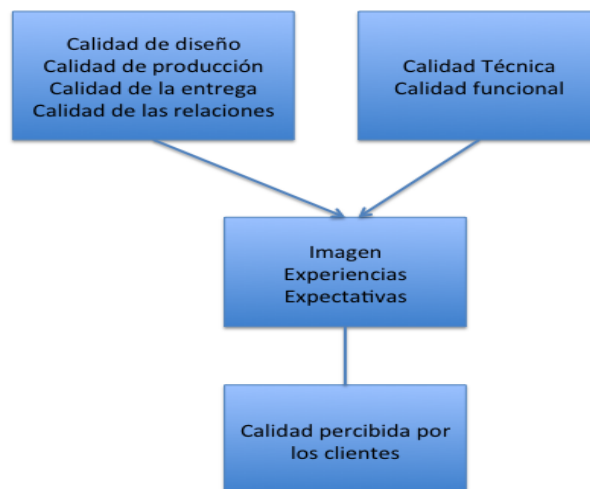
**Ilustración 1 Modelo de la calidad del servicio de Grönroos (1984)**



Fuente: Satorres, 2008

El modelo de Grönroos y Gummerson (1987) es el resultado de los modelos que estos dos autores realizaron con anterioridad de manera independiente, la fusión de estos está relacionada con el proceso de creación de la calidad. (Ver ilustración 2)

**Ilustración 2 Modelo de calidad de Grönroos y Gummerson 1987**



Fuente: (Satorres, 2008, pág. 41)

Este modelo explica las cuatro fuentes que afectan la calidad de un servicio. La primera fuente es la del diseño, la cual influye tanto en la calidad técnica como en la funcional, la segunda fuente hace referencia a la producción de los servicios, la cual se relaciona directamente con la calidad técnica pues se considera como “el producto directo de todo proceso productivo” (Satorres, 2008, pág. 41), la tercera fuente se refiere a los servicios en la cual se hace acumulativa la calidad técnica de la producción y se adiciona la calidad de la entrega del producto. Finalmente esta la fuente de las relaciones, en la cual la interacción entre el proveedor, vendedor y el comprador, se convierten en una fuente de calidad de las empresas relacionada directamente con el proceso de producción, “cuanto mejores sean las relaciones entre clientes y empleados, mejores serán también los niveles de calidad entregados” (Satorres, 2008, pág. 42).

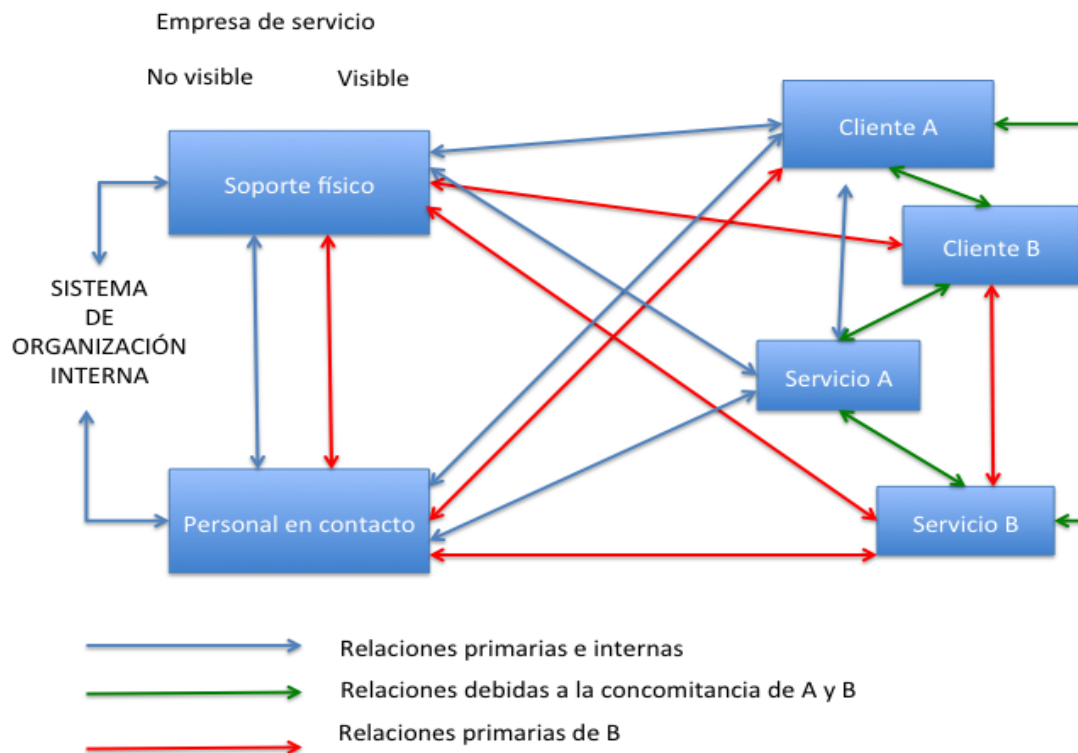
EL modelo de Gestión del Producto Servicio, la oferta de servicios incrementada de Grönroos (1984), se centra en el análisis del servicio como un producto, el cual puede ser “desarrollado, producido, entregado, comercializado y consumido” (Satorres, 2008, pág. 42). Al igual que en los modelos anteriores Grönroos (1988) sigue contemplando la calidad técnica y la calidad funcional, tratando de incorporar a la calidad de la prestación de los servicios los procesos de producción y de entrega como lo muestra la ilustración #.3



Fuente: (Satorres, 2008, pág. 45)

El modelo de supervisión de calidad de Eiglier y Langeard (1998) explica el proceso de creación de servicios con la misma rigidez con la cual se explica la producción de objetos tangibles, sin embargo reconoce que los clientes son parte fundamental del sistema de supervisión, siendo estos “una entrada más del sistema” (Satorres, 2008, pág. 46). El sistema de supervisión es definido por Eiglier y Langeard (citado por Satorres) como “la organización sistemática y coherente de todos los elementos físicos y humanos de la relación cliente-empresa, necesaria para la realización de una prestación de servicio cuyas características comerciales y niveles de calidad han sido determinados” (Satorres, 2008, pág. 46), tal como se observa en la ilustración 4.

**Ilustración 4. Modelo de servucción de Elieger y Langeard**

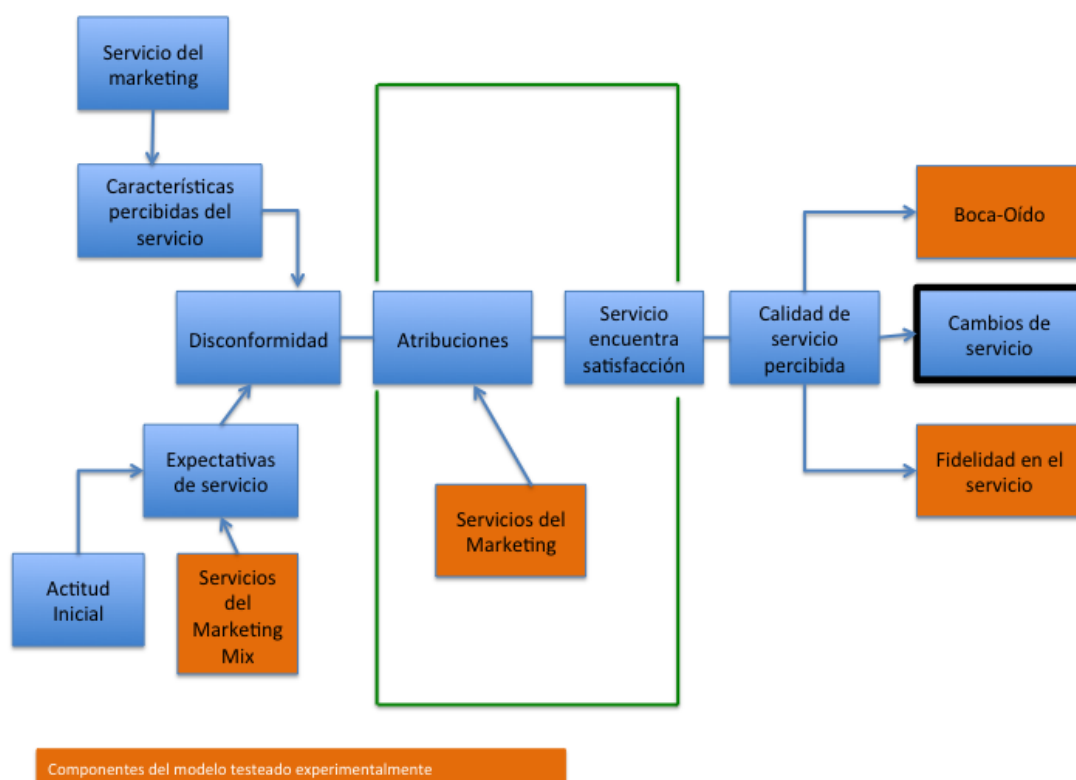


Fuente: (Satorres, 2008, pág. 47)

El modelo de calidad de servicio de Bolton y Drew (1991), trabaja sobre la calidad percibida mediante “las percepciones de niveles de resultado de los componentes” (Satorres, 2008, pág. 48) que pueden generar satisfacción o insatisfacción en el cliente; este resultado puede develarse de acuerdo al equilibrio o desequilibrio entre el resultado del servicio y las expectativas de los clientes.

Por último el modelo de calidad de servicio de Bitner, define “la calidad del servicio percibida como una consecuencia de la experiencia satisfacción/insatisfacción” (Satorres, 2008, pág. 49). (Ver ilustración 5)

**Ilustración 5 Modelo de evaluación de la prestación del servicio de Bitner**



Fuente: (Satorres, 2008, pág. 50)

La calidad es comprendida, interpretada y mejorada desde la perspectiva de los diferentes actores que se encuentran en el escenario de la atención en salud; desde la perspectiva de los prestadores, la calidad está enfocada especialmente a la dimensión técnico-científica pues el cuerpo médico trabaja arduamente en la competencia profesional y la racionalidad técnico científica; desde la perspectiva de los usuarios la calidad está enfocada hace la dimensión interpersonal, pues los pacientes evalúan frecuentemente el trato recibido por el profesional, la información y comunicación clara y precisa que este le proporcione, y los procedimientos tanto educativos como técnicos que desarrolle el médico durante la prestación del servicio. Desde la perspectiva del funcionario, la calidad está enfocada hacia la dimensión

administrativa, buscando cumplir con los atributos de la seguridad del paciente, la accesibilidad, la oportunidad, la coordinación y la triada de la eficacia, efectividad y eficiencia (Satorres, 2008).

Desde esta visión tan fragmentada de la calidad, el logro de la misma se ha convertido en una problemática, pues no existe un consenso sobre la aplicabilidad de esta y por ello la concepción y el resultado de “calidad en salud” difiere significativamente entre los clientes internos y clientes externos.

### ***SATISFACCION DE LOS USUARIOS EN LA ATENCION EN SALUD***

Definir la satisfacción del usuario en la atención de los servicios de salud, ha sido una cuestión de alta controversia y complejidad debido a la gran variedad de factores implicados en esta y a la diversidad de percepciones que se construyen sobre ella, percepciones que pueden llegar a ser tan particulares pues generalmente dependen de la experiencia vivenciada por el usuario/paciente durante los momentos de la atención médica, razón por la cual se afirma que la satisfacción del usuario obedece en gran medida a la interacción médico- paciente y especialmente a la conducta que exhibe el médico durante el proceso de atención del usuario, a la oportunidad de acceso a los servicios y a la disponibilidad y continuidad de la atención (Gomez Payo, Del Rio Moro, Manrique Garcia, & Rodriguez Martin, 2011).

El recorrido de las concepciones de la “satisfacción del paciente” inicia con la definición de Donabedian (1997), quien afirma que ésta es una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente. Posteriormente encontramos una definición que se relaciona directamente con el área de productividad en salud; Afferata y Roghman, citado por Castillo

(2004), afirman que la satisfacción de paciente se entiende como un input, pues se comporta como una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y los médicos.

Otros autores como Roghmann, Hengst y Zastown, citados por Castillo (2004), afirman que existen dos dimensiones para definir la satisfacción: 1. Satisfacción General: se entiende como el grado de satisfacción del paciente con los cuidados recibidos 2. Satisfacción específica: se entiende como el grado de satisfacción derivado de las experiencias anteriores en la utilización de un servicio de salud.

Independientemente de las dimensiones reportadas en la literatura, es importante preguntarse si todas estas tienen el mismo nivel de influencia y la misma importancia a la hora de consolidar la percepción global sobre la satisfacción del usuario frente a la atención recibida, percepción que se ve afectada no solo por la forma de atención, sino también por el tipo de enfermedad por la cual consulte el usuario y por el servicio que vaya a recibir, pues es diferente la percepción de los usuarios que asisten a consulta externa, que aquellos pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización (Otani, 2012).

Así mismo existen otras variables de tipo socio demográfico que pueden afectar de manera significativa la percepción sobre la satisfacción del usuario, Haas, Cook y Puopolo (2000) en su investigación reporta variables tales como la edad, la raza y el nivel educativo “los pacientes más viejos, de raza blanca y de mayor nivel educativo reportan un nivel de satisfacción alto” mientras que “los pacientes jóvenes, latino y/o afroamericanos, reportan un

nivel de satisfacción más bajo. Haas y colaboradores aseguran que variables como el género o la edad del profesional no afectan significativamente la satisfacción del usuario. Los modelos de atención generalmente son protocolos adaptados a la atención de las patologías como entidades únicas y sin variación, dejando de lado las características socioculturales de la población atendida, es importante conocer y caracterizar la población a la cual se va a abordar como medida inicial, con el fin de identificar sus necesidades y por lo tanto reconocer cuales son las expectativas de dicha población respecto a la atención en salud que la institución hospitalaria les pueda brindar.

De acuerdo con la revisión de la literatura en torno a la satisfacción del usuario, los modelos que inicialmente explicaban el fenómeno de satisfacción del usuario se centraron en estudiar tan solo los factores emocionales que influían de manera potencial sobre su nivel de satisfacción del usuario, pues diversos estudios empíricos desarrollados por autores tales como Westbrook en 1987, Oliver en 1991, Mano en 1993 y Wirtz y colaboradores en 1999, destacan la relación que existe entre “el agrado experimentado durante la experiencia del consumo y la satisfacción después del consumo” (Satorres, 2008, pág. 68), sin embargo no todos los resultados de la satisfacción pueden ser explicados por los componentes emocionales y es necesario entonces estudiar la influencia de los factores cognitivos sobre el comportamiento de la satisfacción del usuario, estos dos componentes, tanto el afectivo como el cognitivo son estudiados por el modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción de los servicios en salud, modelo que cobra mayor relevancia dentro de la literatura relacionada con el tema.

El modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción se estructura a partir de las relaciones existentes entre las variables de índole cognitivo y afectivo “como la disconfirmación y las emociones” (Satorres, 2008, pág. 66).

Por un lado están las variables de índole afectivo que encierran todas aquellas emociones que el consumidor presenta frente a la adquisición y uso de un servicio, las cuales a su vez se traducen en respuestas afectivas, entendidas como las percepciones que el usuario tiene frente a la calidad de la prestación del servicio. Por otro lado están las variables cognitivas, las cuales hacen referencia a los elementos de carácter comparativo entre las expectativas del usuario frente al servicio y los resultados percibidos por este una vez el servicio fue prestado (Bigne, 2004). El modelo cognitivo-afectivo plantea que no solo se deben tener en cuenta las variables cognitivas a la hora de pensar en la satisfacción en el usuario, si no que también se debe comprender y analizar todos los elementos afectivos que giran en torno a este fenómeno. (Bigne, 2004)

Se entiende por disconfirmación aquellos resultados que no cumplen con las expectativas y las necesidades del usuario, trayendo consigo consecuencias negativas para la experiencia del servicio (Satorres, 2008), es así como este fenómeno está relacionado directamente con las emociones del usuario, pues de acuerdo al nivel de disconfirmación, el usuario vivenciará emociones negativas frente al servicio recibido y afectará su percepción y su nivel de satisfacción, es así como las emociones y la disconfirmación como elemento cognitivo, explican el nivel de satisfacción del usuario (Satorres, 2008).

Ahora bien, con relación a las percepciones de los profesionales, todas aquellas características administrativas y asistenciales que sean de alta

influencia para ellos, afectarán directamente el diseño y la entrega de los servicios ofrecidos, mientras que las características administrativas y asistenciales que sean de mayor importancia para los usuarios afectarán los resultados de los servicios prestados por parte de los profesionales, esto indica que las variables de evaluación de la satisfacción de los servicios de salud sobre las cuales se centra el usuario están enfocadas en la atención recibida (Riveros, Berné, & Mugica, 2010), sin embargo es necesario conocer la percepción de ambas partes con el fin de comprender el proceso de prestación de los servicios, las dimensiones e implicaciones de la satisfacción del usuario en la atención de servicios de salud y así poder cumplir con los indicadores de la calidad del servicio de salud, tanto para la calidad esperada como para la calidad percibida, reconociendo así que la toma de decisiones frente a los requisitos, elementos y valores agregados necesarios para la atención en salud no solo deben ser función de los profesionales médicos sino también de los usuarios.

La percepción que posea el profesional de la salud, afectara directamente la percepción que pueda construir el paciente de la atención recibida, razón por la cual es importante que ambas partes reconozcan los atributos más importantes para obtener un buen nivel de satisfacción. (Haas, Cook, & Puopolo, 2000). Se entiende entonces que la construcción de las percepciones de ambas partes es una responsabilidad de carácter complejo que involucra valores, actitudes, expectativas y experiencia. (Haas, Cook, & Puopolo, 2000).

Para los profesionales de la salud, brindar un servicio de salud con los requisitos mínimos de competencia técnico-científica, de seguridad del paciente, y de bioseguridad, se configura como un servicio de calidad y por lo

tanto generador de satisfacción en el usuario, (Riveros, Berné, & Mugica, 2010), sin embargo desde el punto de vista del paciente, la competencia profesional, aunque es un elemento vital en la atención en salud, la idoneidad, la humanidad del profesional médico y el desarrollo de actividades administrativas coordinadas, se postulan como aspectos de gran importancia a la hora de sentirse satisfechos con la atención recibida. (Wolf, Putnam, Sherman, & Stiles, 1978). Es evidente entonces que existen diferencias significativas entre la importancia que le asignan los funcionarios a ciertas características administrativas y asistenciales involucradas en la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud, frente a las características administrativas y asistenciales que son importantes para el usuario a la hora de emitir un juicio valorativo sobre la satisfacción del servicio de salud recibido.

El objetivo de evaluar la satisfacción del usuario en los servicios de salud ha sido comúnmente, evaluar el funcionamiento de los diferentes servicios médicos de una institución hospitalaria con el fin último de mejorar la calidad de la prestación de los servicios, sin embargo las múltiples investigaciones desarrolladas en esta área, han descrito tres objetivos importantes en la medición de la satisfacción del usuario de los servicios de salud: El primero de ellos hace referencia a esta como una forma de “participación social” de los usuarios, quienes cumplen un rol importante en el diseño y ejecución de las políticas sanitarias de las organizaciones, políticas que se construyen a partir del conglomerado de opiniones de los pacientes; el segundo de ellos está dirigido a la calidad de los servicios de salud, pues como bien sabemos, la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, se considera como un indicador de esta; el tercero y último objetivo está encaminado hacia la continuidad del tratamiento, pues aquellos pacientes que se sienten altamente satisfechos con la atención recibida muestran mayor probabilidad

de continuar con su tratamiento médico y las recomendaciones proporcionadas por el profesional tratante. (Del Rosal, 2008)

Dentro de los principales aspectos que se mencionan en la evaluación de la satisfacción del usuario en la atención en salud se encuentran: 1. La interacción del médico con el paciente, 2. Tiempos de consulta y espera 3. Accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, 4. Habilidades técnico-procedimentales de los profesionales en salud, y 5. Los resultados de la atención. Los aspectos mencionados, son aquellos puntos críticos que el profesional de salud considera importantes para evaluar la satisfacción del usuario en atención en salud.

Así como la satisfacción del usuario se considera un indicador importante para alcanzar la calidad esperada en los servicios de atención en salud, esta también se concibe como un factor importante para el crecimiento y desarrollo de la organización hospitalaria, pues la percepción del paciente no solo se limita a recibir “resultados positivos en salud” si no también se proyecta hacia la oferta de nuevos servicios de salud, la toma de decisiones frente a la selección y negociación con los proveedores de insumos y servicios, y en ultimas al desarrollo de la ventaja competitiva de la organización mediante la retroalimentación positiva que recibe de manos de sus usuarios. (Otani, 2012). De esta manera, la satisfacción del usuario es un elemento importante para la creación de políticas sanitarias que respondan a las necesidades y expectativas de la comunidad, las cuales deben gestionarse y ejecutarse desde la dirección. (Velasquez, 2009). Esta relación es de carácter bidireccional, pues los objetivos organizacionales también puede afectar la satisfacción del paciente (Haas, Cook, & Puopolo, 2000).

## **FACTORES INFLUYENTES EN LA SATISFACCION DEL USUARIO**

Dado que la calidad y la satisfacción no son fenómenos que se miden y/o evalúan en un objeto tangible final, estos se producen y se evalúan de acuerdo a una serie de factores o condiciones intrínsecas tanto para el usuario como para el funcionario, los cuales presentan una alta variabilidad para ambos casos, pues los usuarios resaltan condiciones de tipo cultural e interpersonal y para los funcionario de la institución prevalecen condiciones de tipo administrativo y financiero. Narey (2011) propone una serie de condiciones intrínsecas para cada uno de estos actores, como se muestra en la tabla # 4, la cual describe cada una de las condiciones para los actores implicados en el proceso de la satisfacción del usuario.

**Tabla 4 Condiciones intrínsecas de la Satisfacción del usuario para cada uno de los actores del proceso**

<b>PACIENTES</b>	<b>TRABAJADORES</b>	<b>INSTITUCION</b>
Accesibilidad y equidad	Recursos para sus tareas	Alcanzar metas y objetivos
Atención oportuna	Métodos adecuados	Mayor prestigio
No demora	Seguridad en el trabajo	Lograr trabajo en equipo
Buen clima organizacional	Superación y Capacitación	Asegurar el liderazgo
Respeto a su autonomía	Apoyo y trato respetuoso	Cumplir la misión
Respeto a su integridad	Participación y protagonismo	Mejorar la salud de la población
Que le informen y le orienten	Resultados positivos	Equilibrio entre eficiencia y calidad
Que lo escuchen	Motivación	Alcanzar la visión.

Fuente: Narey, 2011

## **2. MARCO REFERENCIAL**

Posterior a la revisión teórica de los conceptos, modelos y teorías relacionadas con la calidad en salud y la satisfacción del usuario frente a los servicios de salud, la legislación se concibe como otro factor importante en esta investigación. La reglamentación del sistema de salud y la prestación de los servicios de este sector, están dados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, manejado actualmente por el Ministerio de salud de la Republica de Colombia.

En el presente apartado se desarrollaran las generalidades sobre la reglamentación del sector salud en Colombia y posteriormente se describirá el marco legislativo en salud que rige al municipio del Guamo, Tolima.

“El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia se instituye como un modelo económico de libre mercado que permite la participación del

sector privado en la provisión de un servicio esencial de garantía constitucional como es la salud” (Orjuela, Gonzalez, & Betancourt, 2009). Este modelo de Seguridad social, fue construido a partir de los clásicos modelos alemán y británico, los cuales combinan características tales como la cobertura obligatoria solo para aquellos sujetos que son asalariados, cotizaciones basadas en los aportes realizados por el trabajador y el empleado y prestaciones relacionadas con las cotizaciones realizadas (Palacio, 2013).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia está estructurado mediante una red, en la cual el fin último es velar por la salud y la atención integral de los usuarios; esta red está conformada por el estado, entidades intermediarias como las Empresas promotoras de salud (EPS) y las Instituciones prestadoras de servicios (IPS), que son las que finalmente prestan los servicios de atención en salud

El sistema se caracteriza de acuerdo a una serie de conceptos, principios y derechos relacionados con la disponibilidad de los servicios y sobre los cuales los usuarios realizan el uso adecuado del sistema, estos son: derecho de la información, accesibilidad, oportunidad, calidad y libre elección. (Orjuela, Gonzalez, & Betancourt, 2009). Dentro de los principios que soportan el sistema de seguridad social en salud de nuestro país están: el principio de la universalidad el cual hace referencia a que todas las personas en condición de igualdad deben estar cubiertas frente a todos los riesgos derivados del aseguramiento en salud; el principio de solidaridad hace referencia a la articulación que existe entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias con el fin de sostener financieramente el sistema; por ultimo está el principio de eficiencia, el cual hace alusión a la utilización y

maximización de los recursos financieros disponibles para asegurar la óptima prestación de los servicios de salud (Palacio, 2013).

Para que funcione este sistema, cada uno de los actores debe dirigir su gestión hacia la calidad, buscando siempre la mejoría del sector salud como lo contempla el Decreto 1011 de 2006, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, ente gubernamental que contempla la calidad en la atención en salud como la provisión de servicios a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Ministerio de la Salud y Protección Social, República de Colombia, 2013).

Palacios (2013), menciona que la seguridad social y la salud, no solo son un tema de equidad social, sino también un motivo que le compete al “ámbito internacional de los derechos humanos”, pues declaraciones internacionales tales como “la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano”, expedida en el año 1789 y la “la Declaración de los Derechos Humanos” expedida en el año 1948, exigen la protección del derecho a la seguridad social y a la salud, y en términos de satisfacción, afirman que toda persona tiene derecho a “la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”; así mismo, “toda persona tiene derecho a la satisfacción de las necesidades de salud”.

## ***NORMATIVIDAD DE SALUD EN COLOMBIA***

Dentro de las principales leyes, decretos y resoluciones que reglamentan el funcionamiento de la prestación de los servicios de salud en nuestro país esta: La ley 1122 de 2007, ley 812 de 2003, ley 100 de 1993, decreto 2174 de 1996, decreto 1011 de 2006, y la resolución 1446 de 2006.

Ley 1122 del 2007 realiza algunas modificaciones en el sistema general de Seguridad en Salud. Los ajustes que realiza esta ley se relacionan con la reforma de aspectos tales como “dirección, financiación, universalización y equilibrio entre los actores del sistema, “para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud y el fortalecimiento de los programas de salud pública, que están dirigidos a la inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de la redes en salud. (MinSalud, ministerio de salud y protección social., 2013).

La Ley 812 de 2003 hace referencia a la responsabilidad que tienen las entidades nacionales y territoriales sobre el diseño y ejecución de políticas públicas, dirigidas a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales. (MinSalud, ministerio de salud y protección social., 2013).

La Ley 100 de 1993 en su artículo 153 establece los mecanismos de control que garanticen la atención oportuna, personalizada, humanizada e integral, de acuerdo con los estándares de calidad aceptados. Así mismo se establece en el ordinal cuatro del artículo 151 de esta ley, la libre escogencia de la EPS por parte de los usuarios. El artículo 86 habla sobre la conformación de un sistema de acreditación para brindar información a los usuarios sobre la calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud y así mismo

promover su mejoramiento (MinSalud, ministerio de salud y proteccion social., 2013).

El Decreto 2174 de 1996 establece la definición, caracterización y reglamentación del Sistema Obligatorio de Calidad en salud, definiendo que es calidad, cuáles son sus características y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios (MinSalud, ministerio de salud y proteccion social., 2013).

El Decreto 1011 de 2006 determina las diferentes características del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en salud, entre estas están: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Rige los “procesos de auditoria en salud y sanciones pertinentes” (Ministerio de la Salud y Protección Social, Republica de Colombia, 2013). Así mismo el decreto 2309 del 2002, define las características para la habilitación de los prestadores de servicio de salud, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en salud. Dentro de los estándares básicos de habilitación se encuentran: Condiciones de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, condiciones de capacidad técnico-administrativa y autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación (MinSalud, ministerio de salud y proteccion social., 2013).

La Resolución 1446 de 2006 define y establece las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita realizar un seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad (MinSalud, ministerio de salud y proteccion social., 2013).

#### **LA SALUD EN EL GUAMO-TOLIMA**

El hospital San Antonio del Municipio del Guamo, E.S.E de primer nivel de atención, es la única institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad en el Municipio del Guamo Tolima, y se caracteriza por ser una de las de mayor cobertura del nivel I en la región. (Torres, 2012). El hospital ha sido considerado Empresa Social del Estado desde el año 1997, y fue reestructurado en el año 2002 por la Junta Directiva para superar las dificultades generadas por las malas administraciones pasadas con el fin de lograr un funcionamiento auto sostenible (Torres, 2012).

A la fecha el hospital presenta problemáticas de tipo administrativo y asistencial tales como: 1. Carencia de medidas de control interno que permitan la evaluación continua del funcionamiento del hospital 2. Fallas en el direccionamiento estratégico y el funcionamiento de la organización por equipos de trabajo los cuales no han sido definidos 3. Fallas en la definición de roles y obligaciones para cada uno de los empleados de la organización hospitalaria 4. No existe el diseño ni la ejecución de planes de mejoramiento continuo, frente a las falencias evidentes de la institución (Torres, 2012).

Actualmente el hospital está trabajando sobre los estándares mínimos de calidad con el fin ultimo de realizar un mejoramiento continuo y proyectar el desempeño asistencial y operacional de la institución con miras a la acreditación, aunque aún no cuenta con un sistema integrado de gestión de calidad, solo trabajan en los procesos administrativos, jurídicos y financiero, pero debe iniciar ese arduo camino hacia la acreditación.

### **3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACION**

La satisfacción de los usuarios se constituye como uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad de los servicios sanitarios (Gomez Payo, Del Rio Moro, Manrique Garcia, & Rodriguez Martin, 2011), investigadores en el tema han demostrado que existe una alta correlación ente la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios de estos, pues la medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud nos informa sobre el nivel de calidad de los servicios de salud prestados por la institución (Del Rosal, 2008).

Hacia los años 70, la satisfacción del usuario, se convirtió en una problemática para el sector salud en la unión americana, circunstancia que desencadenó el desarrollo de estudios investigativos en esta área por parte de los médicos y de administradores de salud; como resultado de estos, la satisfacción del paciente se ha considerado hasta nuestros tiempos como una “medida última de la calidad que ofrece una unidad de salud llámese, clínica, hospital, etc” (Castillo, 2004, pág. 129).

La satisfacción de los servicios de salud, concebida como un juicio de valor positivo o negativo que construye el sujeto que ha recibido el servicio de acuerdo al cumplimiento de sus expectativas, es considerada uno de los principales objetivos de la calidad de atención en salud y un indicador del optimo funcionamiento de las instituciones hospitalarias, la cual resulta de la perspectiva que posee el funcionario junto con la perspectiva del usuario frente a la prestación y los resultados esperados de los servicios de salud, lo cual termina siendo un constructo subjetivo sobre la atención y la calidad del servicio, razón por la cual no se ha llegado a un consenso tanto en su definición como en su forma de evaluación y medición (Lavielle, Ceron, Tovar, & Bustamante, 2008)

Si bien es cierto que al momento de hablar de satisfacción nos dirigimos directamente a los usuarios, ya que esta está relacionada íntimamente con la interacción que se lleva a cabo entre el médico y el paciente, es importante también observar la percepción de la contraparte, en este caso la concepción de los funcionarios/ profesionales en salud, pues esta determina lo que para ellos puede ser satisfacción en salud; esta concepción del profesional en salud podrá afectar el diseño y la prestación de los servicios ofrecidos y simultáneamente nos permitirá tener una mirada más amplia y objetiva de los problemas que manifiesta la población usuaria o clientes, debido a la naturaleza interactiva entre estos dos actores. (Riveros, Berné, & Mugica, 2010)

Los diferentes estudios sobre la evaluación de la satisfacción, han reportado diversas dimensiones en las cuales se puede valorar la satisfacción del usuario frente a los servicios de salud, por una parte Hulka y colaboradores (1971), reportan que existen tres dimensiones de carácter actitudinal de gran importancia a la hora de evaluar la satisfacción del usuario, denominadas así: 1. "Cualidades personales del médico" 2."Competencia profesional" 3. "Costos y conveniencia de los servicios". Por otra parte, Ware y Snyder (1975) reportan en su estudio que existen aproximadamente 18 dimensiones sobre las cuales se puede evaluar la satisfacción del usuario, entre las cuales se encuentran: 1. Acceso a los servicios de salud, 2. Calidad de los servicios 3. Competencia de los proveedores 4. Explicaciones adecuadas por parte del medico 5. Percepción del paciente.

Hacia el año 78, Wolf y colaboradores, desarrollaron una escala de medición de la satisfacción del usuario denominada "The medical interview satisfaction

scale, con la cual midieron diferentes variables agrupadas en tres dimensiones: 1. Dimensión cognitiva compuesta por 11 ítems, los cuales hacían relación a las explicaciones e información proporcionada por parte del profesional de salud para la comprensión del diagnóstico, la etiología, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad del paciente 2. Dimensión afectiva compuesta por 10 ítems, los cuales hacían referencia a la percepción que tenía el paciente frente a su relación con el médico tratante, incluyendo aspectos tales como la confianza y la confianza, la percepción positiva del doctor frente a la atención y escucha de su paciente; y 3. Dimensión técnico-instrumental compuesta por nueve ítems, los cuales hacían alusión a el desempeño profesional del médico, el examen completo, los procedimientos de diagnóstico, prescripción del tratamiento y dispensa de medicamentos. (Wolf, Putnam, Sherman, & Stiles, 1978).

De acuerdo a la diversidad de poblaciones en las cuales se ha estudiado este fenómeno y a los actores implicados en este, existen diferentes concepciones sobre la satisfacción de los servicios de salud, la cual se ha definido de acuerdo a los factores sociales, económicos y culturales de las mismas, razón por la cual no existe un concepto universal sobre la satisfacción (Gomez Payo, Del Rio Moro, Manrique Garcia, & Rodriguez Martin, 2011) y por lo tanto una forma de medición estándar que nos permita evaluar y determinar cuando existe o no satisfacción tanto del usuario como del funcionario, y aunque la mayoría de estudios enfocados en la concepción y evaluación de la satisfacción en la atención de los servicios de salud muestran resultados positivos frente a las altas tasas de satisfacción, estos carecen de validez “debido a la dificultad para mostrar la asociación entre el reporte de satisfacción y las áreas evaluadas” (Lavielle, Ceron, Tovar, & Bustamante, 2008) dificultad que se atribuye a la validez y confiabilidad de las formas e

instrumentos de evaluación y medición de la satisfacción en la atención en salud, en las cuales tienen gran influencia las respuestas subjetivas de los usuarios mediadas por sesgos sociales y emocionales tanto del usuario como de los investigadores.

De acuerdo con el estudio de Lavielle y colaboradores, (2008) los principales aspectos que se mencionan en la evaluación de la satisfacción del usuario en la atención en salud son: 1. La interacción del médico con el paciente, 2. Tiempos de consulta y espera 3. Accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, 4. Habilidades técnico-procedimentales de los profesionales en salud, y 5. Los resultados de la atención.

Según Lavielle (2008), los aspectos mencionados anteriormente, son aquellos puntos críticos que el profesional de salud considera importantes para la evaluación de la satisfacción del usuario en atención en salud, sin embargo en un estudio descriptivo de carácter cualitativo realizado en Hospital General de México con pacientes que acudían por primera vez al servicio de consulta externa, se encontró que existían otros factores importantes en la evaluación de la satisfacción en la atención en salud de predominio cultural, entre estos se mencionan 52 aspectos que se consideran importantes para la prestación del servicio y con los cuales se sentirán satisfechos. (Ver tabla 5).

**Tabla 5 Conceptos culturales relativos a la satisfacción con la atención médica**

<b>CONCEPTOS DEL DOMINIO CULTURAL RELATIVOS A LA SATISFACCION CON LA ATENCION MEDICA MENCIONADOS POR LOS PACIENTES.</b>	
<b>1. Dar preferencia a los mas</b>	<b>2. Que el medico tenga mas</b>

enfermos	paciencia
3. Que el medico sea amble al explicar el diagnostico	4. Que los medicos hagan que uno les tenga fe
5. Que nos traten como personas que buscan alivio	6. Que el medico nos diga las consecuencias de nuestra enfermedad
7. Medicos mas capacitados	8. Que el medico nos quite el dolor
9. Que el medico haga revisiones a profundidad	10. Que no nos manden a varios lados
11. Que el medico informe a que se debe nuestra enfermedad	12. Que los medicos nos den un tratamiento correcto
13. Una buena consulta tratando que se entienda todo	14. Buenos aparatos
15. Puntualidad del medico en la consulta	16. Mas agilidad en la caja de pagos
17. Que no recenten medicionas caras	18. Que no nos griten no nos regañen
19. Que nos den orientacion psicologica	20. Agilidad en los tramites
21. Que los medicos tengan experiencia	22. Que el medico nos haga un diagnostico correcto
23. Que el medico busque alternativas para la enfermedad	24. Darles curso de capacitacion al personal acerca de cómo tratar a la gente
25. Que los medicos esten actualizados	26. Que nos canalicen a rehabilitacion
27. Que el medico nos ponga atencion	28. Movilizar al personal
29. Buena vigilancia	30. Que el medico logre erradicar la enfermedad
31. Que los medicos nos mejorn de la enfermedad	32. Que respeten a los pacientes
33. Precios bajos	34. Que los medicos no hagan

	estudios para checar que no esten equivoados
35. Que nos oriente gente especial	36. Que el medico recete el medicamento para la enfermedad
37. Amabilidad de los policias	38. Que los medicos nos den confianza para poder hablar
39. Limpieza del hospital	40. Que nos manden con el doctor adecudado
41. Buen servicio de baños	42. Que el medico explique bien la enfermedad
43. Que las enfermeras sean amables	44. Que los medicos nos hagan mas preguntas
45. Que los medicos no sean enojones y prepotentes	46. Que los medicos sean comprensivos
47. Que no se molesten los medicos si hacemos preguntas	48. Que haya una buena comunucacion
49. Mas calidad humana	50. Que los medicos sean comprensivos
51. Que haya buena comunicacion	52. Mas calidad humana

Fuente: Lavielle, M. d., Ceron, M., Tovar, P., & Bustamante, J. (2008).

De esos 52 aspectos que mencionaron los pacientes participantes, 27 de ellos corresponden a aspectos implicados en la dimensión de procesos, definida por Donabedian como el “conjunto de actividades que se desarrollan en la búsqueda de la atención y ejecución de la misma por parte del paciente y todos aquellos procedimientos diagnósticos, terapéuticos, de tratamiento y recomendación que se realiza el profesional en salud” (Donabedian, 1997) y los 25 restantes corresponden a la dimensión de estructura, la cual es definida por Donabedian como “ los atributos de las configuraciones en las cuales ocurre la salud. Estos incluyen los recursos materiales, el recurso humano, y la estructura organizacional” (Donabedian, 1997)

Lavielle y colaboradores (2008) reportaron que de acuerdo a los resultados arrojados por el índice de Smith, los 20 aspectos más relevantes para la evaluación de la satisfacción del usuario en atención en salud, se relacionaron directamente con la interacción médico- paciente. (Ver tabla # 6).

**Tabla 6 Los 20 aspectos mas importantes, mencionados por los pacientes en cuanto a satisfacción en salud**

**LOS 20 ASPECTOS MAS IMPORTANTES, SEGÚN EL INDICE DE SMITH, MENCIONADOS POR LOS PACIENTES EN CUANTO A SATISFACCION CON LA ATENCION MEDICA**

1. Que el médico nos diga las consecuencias de nuestra enfermedad	2. Que el médico busque alternativas para la enfermedad
3. Que el médico nos haga estudios para checar que no está equivocado	4. Que receten medicamentos para la enfermedad que uno tiene
5. Que el médico nos dé un tratamiento correcto	6. Que respeten a los pacientes
7. Que el médico nos informe a que se debe nuestra enfermedad	8. Que el médico haga revisiones a profundidad
9. Que el médico explique bien la enfermedad	10. Que los médicos estén actualizados
11. Que los médicos tengan experiencia	12. Una buena consulta tratando de que se entienda todo.
13. Que el médico nos haga un diagnóstico correcto	14. Médicos más capacitados
15. Que nos manden con el doctor más adecuado	16. Que los médicos nos den confianza para hablar

<b>17. Que no se molesten los médicos si hacemos preguntas</b>	18. Que el médico nos ponga atención
<b>19. Puntualidad del médico en la consulta</b>	20. Que el médico nos ayude a superar la enfermedad.

Fuente: Lavielle, M. d., Ceron, M., Tovar, P., & Bustamante, J. (2008).

La mayoría de los estudios sobre la satisfacción del usuario en los servicios de salud se ha enfocado en la medición de los niveles de satisfacción y en la identificación de los atributos que influyen directamente sobre la percepción global de la satisfacción, así lo mencionan Muhammad y colaboradores en un estudio comparativo que desarrollaron en los meses de mayo del 2010 y enero del 2011 en instituciones hospitalarias públicas y privadas de Pakistán, denominado “Patient satisfaction a comparison between Public & Private Hospitals of Peshawar” (K, I, & Muhammad Y, 2012).

Miranda y Colaboradores (2009) desarrollaron un estudio cuantitativo denominado “*Calidad de la atención en salud al adulto mayor*” en el cual evaluaron la calidad de la atención en salud de acuerdo a las tres dimensiones propuestas por Donabedian; estructura, proceso y resultado, en la población de 60 años y mas pertenecientes al policlínico 5 de Septiembre del municipio Playa en la ciudad de la Habana, Cuba durante el año 2007; en este encontraron que existían dificultades significativas en factores operacionales tales como carencia del recurso humano, infraestructura inadecuada de los consultorios, carencia de equipos médicos para la atención primaria, fallas en la competencia profesional del personal médico que atendían a los pacientes, inconsistencias en la calidad de las historias clínicas e insuficiencia en la complacencia de las necesidades y expectativas de los pacientes. Estos resultados dejaron en evidencia las

debilidades existentes en la calidad de la atención en salud y por lo tanto en el nivel de satisfacción del usuario.

Por su parte Brody y colaboradores (1989) afirman en su estudio que la ejecución de procedimientos e intervenciones médicas educativas son mejores predictores de la satisfacción del paciente que las percepciones que estos tienen acerca de las intervenciones técnicas. Este estudio se realizó con 118 pacientes pertenecientes a en la Sección de Medicina General Interna de la Organización del mantenimiento de la salud.

Así mismo, la importancia de estos factores se evidencia en los resultados obtenidos en el estudio realizado por Islas en los Hospitales públicos de Ixmiquipán, México, en el periodo de Agosto a Diciembre de 2002. Este estudio observacional transversal contó con la participación de 986 usuarios encuestados que asistían a los diferentes servicios de salud de los 15 hospitales pertenecientes al estado de Hidalgo en México, midiendo la influencia de variables tales como amenidades, tiempo de espera, tiempo de consulta, amabilidad y resolución de problemas, en el nivel de satisfacción del usuario. Los resultados mostraron que variables tales como la amabilidad en la atención por parte del médico, el desarrollo de procedimientos técnicos por parte del profesional durante la consulta, y la infraestructura del servicio, son los factores más influyentes en el nivel de satisfacción del usuario. (Sanchez, 2005)

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta Mundial de Salud del año 2003, Bleich y Colaboradores (2009) revelan que existen una serie de factores que se asocian directamente y significativamente con el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud; en primera instancia

mencionan que la experiencia del paciente se asocia en un 10,4% con la satisfacción con el sistema de atención de salud; otros factores predictores de la satisfacción significativos fueron las expectativas del paciente, el estado de salud, el tipo de cuidado, la cobertura y la inmunización, explicando el 17,5% de la variación, el 72% restante de la variación lo explican factores de orden social externos al sistema de salud y a la experiencia de la atención del paciente. Es necesario aclarar que este reporte corresponde tan solo a los 21 países que conforman la unión Europea.

En Chile, Riveros y colaboradores (2010) realizan un estudio cualitativo de carácter descriptivo con la participación de 400 usuarios y 377 funcionarios, con el objetivo de evaluar las percepciones tanto de los funcionarios como de los usuarios de los servicios de salud, respecto a la gestión y a la satisfacción de los servicios de salud prestados y/o recibidos. Durante las dos fases de investigación, el análisis de factores influyentes en la gestión y la satisfacción, y la evaluación de los mismos, se encontró que la percepción de los usuarios acerca de la calidad de los servicios fue mejor que la percepción de los funcionarios de ambos hospitales. Factores como los medios de comunicación entre el hospital y los usuarios, recibieron una puntuación baja, mientras que factores como la infraestructura física de los hospitales y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, recibieron una puntuación media. Este estudio nos demuestra que a partir del contraste de las percepciones es posible identificar los eslabones débiles sobre los cuales la dirección administrativa de la organización puede trabajar en pro de la mejora de la gestión y funcionamiento de la institución hospitalaria.

En Colombia, los problemas de insatisfacción del usuario frente a los servicios de salud, se consideran una problemática constante del sector;

investigaciones realizadas en los diversos departamentos del país, dejan al descubierto que la calidad de la atención en salud y la satisfacción del usuario son una problemática emergente y por lo tanto debe ser trabajada desde la gerencia hasta el personal operativo de las instituciones hospitalarias.

Investigaciones realizadas en el departamento de Antioquia en el Hospital Local del Norte reportan que debido a la gran afluencia de usuarios se ha observado un desequilibrio entre los servicios ofertados y la demanda, razón por la cual se han generado grandes dificultades en el control de aspectos tales como la oportunidad de la atención, la accesibilidad y por lo tanto la calidad de los servicios (Olivar & Rueda, 2007).

Hacia el año 2009, Morales realiza un estudio descriptivo transversal denominado "*Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud en Mistrato, Risaralda*" en el cual pretende determinar el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en el periodo comprendido entre febrero y abril del año 2009. Los resultados mostraron que del total de la población encuestada, el 60% manifestó un nivel de satisfacción medio con relación a la atención de enfermería, el 25% de estos reportaron un nivel de satisfacción alto y el 15% restante reportaron un nivel bajo, por lo tanto Morales expone que "los nuevos enfoques de gerencia en salud sobre la satisfacción del usuario demuestran que brindar calidad, significa corresponder a las expectativas de los usuarios, razón por la cual, no brindar una atención con calidad trae consigo insatisfacción por parte del usuario, y

por lo tanto afecta el bienestar del paciente” (Morales, 2009) lo cual se traduce en fallas a nivel operacional y asistencial del hospital.

Por su parte Orozco y colaboradores (2011) realizaron un estudio de tipo descriptivo analítico en el año 2011, llamado “*Nivel de satisfacción del usuario en el servicio de consulta externa del hospital departamental San José de Marulanda*”, mediante el cual pretendían “identificar desde la perspectiva del usuario, la satisfacción y la oportunidad de los servicios de atención médica en Colombia y las razones para no usarlos”. La investigación se ejecutó entre julio del 2010 a marzo del 2011, entre las principales conclusiones se encuentra que existen altos índices de insatisfacción del usuario frente a la atención recibida en el servicio de consulta externa del hospital ESE San José de Marulanda, Caldas, los cuales se atribuyen a las falencias en la atención humanizada, la ética profesional y la aplicación errada de procesos administrativos y asistenciales relacionados con la atención.

Hacia el año 2011, Henarejos y colaboradores desarrollaron un estudio mixto llevado a cabo en dos fases; en la primera fase realizaron un estudio cualitativo por grupos focales en la cual cada grupo respondió a un cuestionario de 24 ítems que incluía aspectos subjetivos y objetivos de las percepciones que tenían los pacientes sobre la calidad de la atención recibida en un servicio de fisioterapia de atención primaria. En la segunda fase se seleccionó una muestra de 142 pacientes para responder a este cuestionario, dividido a su vez en seis factores que incluían tanto aspectos subjetivos como objetivos. Los resultados arrojaron que con un 10,68%, los aspectos subjetivos son los más influyentes en las percepciones de calidad de los usuarios, aspectos tales como el espacio de la consulta y la

privacidad en la misma influyen de manera significativa en la percepción del usuario, observando que existe carencia de espacios para desarrollar el examen y para interactuar individualmente con el terapeuta, razones por las cuales se cataloga la intimidad visual y auditiva como aspectos subjetivos importantes que intervienen de manera negativa en la percepción de calidad del paciente. Estos aspectos se relacionan directamente con aspectos objetivos tales como la estructura y las instalaciones del centro de atención, pues un espacio pequeño y sin los instrumentos necesarios afecta de manera directa la intimidad del paciente durante la consulta (Henarejos, Jordana, & Olmo, 2011).

Dentro de los aspectos objetivos de alta influencia en la percepción de la calidad que se destacan en el estudio de Henarejos, están todos aquellos que se relacionan con la “organización” entre esos está, los tiempos de espera, concebido por el paciente como uno de los atributos que considera importante para definir la calidad de la atención que reciben por lo tanto los pacientes creen que estar un tiempo prudencial no está mal, siempre y cuando no se exceda. Otro aspecto objetivo importante es la comunicación con el médico tratante, pues los pacientes creen importante conversar de manera detenida con el terapeuta sobre la enfermedad que cursan y encontrar en el discurso de este un lenguaje entendible y tranquilizante. (Henarejos, Jordana, & Olmo, 2011).

Desde el año 2000 la defensoría del pueblo realizó una medición del grado de satisfacción de los usuarios de los servicios ambulatorios de salud ofertados por las EPS del país, en la cual participaron los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado; La encuesta nacional de calidad percibida por los usuarios, a la fecha tiene tres publicaciones, la última de

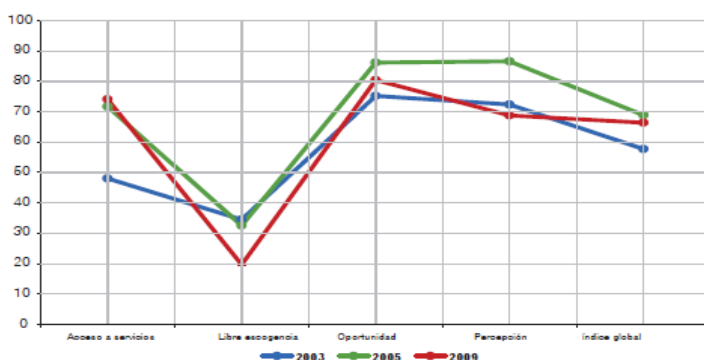
ellas data del año 2009, en la cual el Índice de satisfacción de usuarios de salud fue de 66.2, “resultado similar al presentado en la evaluación del año 2005 (67.7)” (Orjuela, Gonzalez, & Betancourt, 2009), resultado que mostro cambios tanto positivos como negativos en factores tales como la accesibilidad, la libre escogencia, la oportunidad, y la percepción global del servicio, como lo muestran las tablas # 7 y 8.

**Tabla 7 Índice Global del sistema según componentes**

COMPONENTES	REGIMENES		INDICE GLOBAL
	Contributivo	Subsidia do	Total
Acceso a servicios	74.00	74.12	74.07
Libre escogencia	27.62	19.63	23.06
Oportunidad	76.45	80.48	78.75
Percepción	67.59	68.74	68.25
<b>Índice Global</b>	<b>66.03</b>	<b>66.35</b>	<b>66.21</b>

Fuente: (Orjuela, Gonzalez, & Betancourt, 2009).

**Tabla 8 Índice Global del Sistema según componentes**



Fuente: (Orjuela, Gonzalez, & Betancourt, 2009)

Implementar la Administración de la Calidad es uno de los retos actuales de las Organizaciones que ofrecen servicios de salud en Colombia, Consecuentemente, cada institución prestadora de servicios en salud debe desarrollar planes de mejoramiento para evitar el deterioro progresivo de sus capacidades operativas, ya que de prescindirlos, derivaría en lesiones de los derechos a la salud de sus usuarios y afectaría directamente la satisfacción de estos. Para el caso de la E.S.E Hospital San Antonio, entidad descentralizada de carácter público, que viene trabajando dentro su gestión procesos dirigidos hacia la calidad en la atención y la prestación de cada uno de los servicios que ofrece; sin lugar a duda esta entidad se basa en los fundamentos del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud – SGOOC, además en cada uno de los parámetros para los procesos de Habilitación de sus servicios y el mantenimiento de los mismo, buscando la acreditación y la calidad.

Contar con servicios de salud eficientes y de calidad se constituye en una demanda legítima para todas las comunidades de una sociedad, la atención en salud constituye toda una cadena de procesos, procedimientos y actividades que permiten establecer un servicio de salud que brinde la satisfacción a sus usuarios. (Brito, 2000), pues cada una de las personas que participan en esta cadena necesitarán saber quién es su cliente interno dentro de la Organización y cómo todas y cada una de las veces que prestan el servicio y reciben la atención, satisfacen sus necesidades para poder proyectar su actividad hacia el usuario final (Brito, 2000).

De esta manera evaluar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios que acuden a los servicios que se prestan las instituciones prestadoras de salud en Colombia, constituyen de manera muy importante el

enfoque integral que toda administración debe manejar siendo la medición la clave para gerenciar sus procesos y alcanzar los objetivos de excelencia a nivel nacional. (Brito, 2000).

No se pueden desarrollar mejoras si no se tiene claridad sobre lo que se va a mejorar, por lo tanto el análisis de las satisfacción de los usuarios se constituye como una herramienta vital para la toma de decisiones y una oportunidad para generar cambios significativos dentro de la organización(Gutierrez, 2003).

Si bien, en el contexto nacional están disponibles algunos indicadores del sector salud que miden el desempeño del modelo de aseguramiento, estos instrumentos se diseñan desde puntos de vistas diferentes, e incluso los que miden satisfacción de usuarios que incorporan variables muy opuestas que apuntan a responder a los propósitos de un cuerpo investigador en particular; podemos observar que entre los indicadores más difundidos, está la encuesta de percepción que realiza la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas que mide el grado de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las empresas promotoras de salud en su relación establecida. (Orjuela, Gonzalez, & Betancourt, 2009, pág. 31)

En consecuencia, el presente estudio pretende en primera instancia, realizar una descripción de las características administrativas y asistenciales que los usuarios y funcionarios consideran importantes a la hora de emitir un juicio valorativo sobre la satisfacción frente a la atención recibida en los servicios de salud con el fin de construir la percepción de satisfacción de los servicios de salud para cada uno de los grupos estudiados. En segunda instancia se realizara un análisis comparativo de dichas variables, con el fin de identificar

las diferencias y similitudes que existen entre la percepción que tienen tanto los usuarios como los funcionarios sobre la satisfacción de los servicios de salud que se prestan en el Hospital Municipal del Guamo. De acuerdo a las investigaciones realizadas en esta área, el ejercicio investigativo enfocado en la comparación de estas dos percepciones, usuario y funcionarios, permite “la observación de desviaciones y proporciona mejores guías para el desempeño en calidad de la salud” (Riveros, Berné, & Mugica, 2010).

El alcance de nuestro estudio nos permitirá determinar cuáles son las características asistenciales y administrativas que potencialmente influirían en la valoración de la satisfacción del usuario y funcionario frente a la atención en los servicios de salud del Hospital Municipal del Guamo-Tolima. y así identificar aquellas áreas en las cuales será necesario diseñar y ejecutar planes de mejoramiento en la prestación de servicios para contribuir a la gestión de calidad de la institución, con miras a la acreditación en salud. ¿Cuáles son las características asistenciales y administrativas que potencialmente influirían en la valoración de la satisfacción del usuario y funcionario frente a la atención en los servicios de salud del Hospital Municipal del Guamo-Tolima.

## **4. OBJETIVOS**

### *OBJETIVO GENERAL*

Determinar cuáles son las características asistenciales y administrativas que potencialmente influirían en la valoración de la satisfacción del usuario y funcionario frente a la atención en los servicios de salud del Hospital Municipal del Guamo-Tolima.

### *OBJETIVOS ESPECIFICOS*

1. Describir las características asistenciales y administrativas que el usuario considera importantes para la valoración de la satisfacción frente a la atención en los servicios de salud.
2. Describir las características asistenciales y administrativas que el

funcionario considera importantes para la valoración de la satisfacción frente a la atención en los servicios de salud.

3. Establecer las diferencias y o similitudes entre las características asistenciales y administrativas que resultan importantes para el usuario versus el funcionario, en la valoración de la satisfacción frente a la atención en los servicios de salud.

## **5. METODOLOGIA**

### *DISEÑO*

El diseño del presente estudio es de naturaleza descriptiva entendiendo que tiene como objetivo medir una serie variables en el contexto de una muestra con el fin de realizar deducciones, inferencias y finalmente generalización sobre la población a la cual pertenece la muestra trabajada (Landeau, 2007) y de carácter descriptivo en el cual se pretende realizar la medición y descripción de conceptos o variables con el fin último de identificar características o establecer propiedades importantes sobre el fenómeno estudiado, producto de las realidades, y los hechos medidos y observables (Landeau, 2007); para este caso, nuestro objetivo es identificar y medir cuales son las características administrativas y asistenciales que influyen

más o menos sobre el nivel de satisfacción que puede llegar a tener un usuario y un funcionario frente a la atención en los servicios de salud, estableciendo así cuáles son esas características de gran importancia para obtener una percepción global buena y de calidad con relación a la prestación de los servicios de salud.

Mediante este diseño metodológico, podremos identificar y describir cuales son las características de mayor influencia sobre el juicio valorativo de la satisfacción tanto de los usuarios como de los funcionarios y así consolidar la percepción global de la satisfacción del usuario frente a los servicios de salud que posee la población del municipio del Guamo Tolima, con el objetivo final de establecer las semejanzas y diferencias entre los resultados obtenidos tanto en los usuarios como en los funcionarios y de esta manera realizar un aporte significativo que impacte el desempeño operacional del Hospital San Antonio del Guamo y así mismo mejore las condiciones de atención en salud.

### *POBLACION*

La población se define como el conjunto de todos los elementos, objetos, o personas de la misma especie que presentan una característica determinada o que corresponde a una misma definición y a cuyos elementos se les estudiarán sus características y relaciones (Lerma, 2004). Este conjunto es identificado y seleccionado por el investigador de acuerdo a las características necesarias para cumplir con el objeto final de la investigación.

Para nuestro fin investigativo, nuestra población se define de la siguiente manera: Habitantes del municipio del Guamo que asisten a los servicios de salud que se prestan en el Hospital San Antonio del Guamo Tolima, y

Profesionales de la salud que laboran en los servicios de salud del Guamo Tolima.

El hospital San Antonio del Guamo es una entidad de nivel I de complejidad que le presta los servicios de salud a cerca de 35. 615 habitantes del municipio con una cobertura cercana del 90%, los regímenes predominantes son subsidiados que representan el 63% de la población y vinculados con el 32%; el 5% restante corresponde a los contributivos” (Aljure & Baron, 2008).

Para el año 2011, el hospital recibió en total 196035 visitas en la totalidad de sus servicios como se muestra en la tabla N° 9.

**Tabla 9 Registro de Pacientes atendido en los servicios del hospital, 2011**

<b>SERVICIO ORIGEN</b>	<b>REGISTROS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Consulta medicina general	33125	17%
Odontología	11833	6%
Laboratorio Clínico	9272	5%
Radiología	1587	1%
Hospitalización	544	0%
Urgencias	18481	9%
Procedimientos Ambulatorios	4160	2%
Procedimientos de Urgencias	71	0%
Farmacia	53773	27%
Promoción y Prevención ambulatorio	61420	31%
Promoción y Prevención Hospitalario	154	0%
Urgencias- observación	5	0%

Optometría	7	0%
Terapias	1551	1%
Jefatura enfermería	1	0%
Administrativo	1	0%
Facturación y caja	5	0%
Servicios básicos	1	0%
Odontología urgencia	19	0%
Imagenología	25	0%
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>196035</u></b>	<b><u>100%</u></b>

Actualmente y de acuerdo a los registro de nómina, el hospital cuenta con un total de 109 funcionarios como lo muestra la tabla # 10.

**Tabla 10 Registro de Funcionarios del Hospital de acuerdo a los servicios**

<b>SERVICIO ORIGEN</b>	<b>N° FUNCIONARIOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Servicios administrativos	28	26%
Servicios generales y mantenimiento	9	8%
Conductores	6	6%
Odontología	3	3%
Laboratorio	2	2%
Farmacia	3	3%
Terapias	2	2%
Contratistas	7	6%
Auxiliares de enfermería	31	28%
Jefes de Enfermería	3	3%
Radiología	1	1%
Médicos Generales	11	10%
Cooperativa	3	3%
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>109</u></b>	<b><u>100%</u></b>

#### *MUESTRA*

La muestra se define como el subconjunto de elementos, objetos, o personas que se seleccionan a partir de la población identificada por el investigador. La muestra se utiliza cuando existen poblaciones muy grandes, limitaciones económicas o técnicas para el desarrollo de la investigación con la totalidad de la población. Es necesario que la muestra seleccionada sea representativa

con el fin de asegurar resultados significativos y generalizables a la población objeto de estudio (Lerma, 2004).

Aquellas muestras representativas se caracterizan por contener la máxima diversidad de elementos presentes en la población objeto de estudio en una misma proporción, de forma tal que guarde relación con las características significativas de la población (Lerma, 2004).

Para efectos de nuestra investigación, la muestra se define como sigue: 382 habitantes del municipio del Guamo que asisten a los diferentes servicios del Hospital San Antonio del Guamo Tolima y 86 profesionales de la salud que laboran en estos servicios de los servicios de salud que asisten al Hospital “San Antonio” del Guamo Tolima, y profesionales de la salud que laboran en el hospital “San Antonio” del Guamo Tolima.

#### *MUESTREO*

El muestreo estratificado se caracteriza por agrupar a la muestra en estratos o categorías diferenciadas que tienen “una puntuación homogénea en la variable de estudio”. Cada uno de los elementos que componen los estratos determinados, tienen características similares, sin embargo cada estrato de la muestra es diferente. Las variables auxiliares de estratificación permiten construir “categorías homogéneas de elementos de investigación” lo cual permite mejorar la precisión de la medición, minimizar la ocurrencia de errores y sesgos, y asegurar resultados significativos (Lerma, 2004).

En la presente investigación se llevó a cabo un muestreo estratificado de los 382 usuarios pertenecientes a la muestra teniendo como variable auxiliar de estratificación el porcentaje de registro de los 20 servicios ofrecidos por el Hospital Municipal San Antonio, Guamo, Tolima y los profesionales de la salud que laboran en este. Dentro de los 11 servicios que presta el hospital tal como se listan en la tabla # 11.

**Tabla 11 Muestreo estratificado de usuarios de acuerdo al registro de atención del año 2011**

<b>SERVICIO ORIGEN</b>	<b>REGISTROS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>MUESTRA</b>
Consulta medicina general	33125	17%	65
Odontología	11833	6%	23
Laboratorio Clínico	9272	5%	18
Radiología	1587	1%	3
Hospitalización	544	0%	1
Urgencias	18481	9%	36
Procedimientos Ambulatorios	4160	2%	8
Procedimientos de Urgencias	71	0%	0
Farmacia	53773	27%	105
Promoción y Prevención ambulatorio	61420	31%	120
Promoción y Prevención Hospitalario	154	0%	0
Urgencias- observación	5	0%	0
Optometría	7	0%	0
Terapias	1551	1%	3
Jefatura enfermería	1	0%	0
Administrativo	1	0%	0
Facturación y caja	5	0%	0
Servicios básicos	1	0%	0
Odontología urgencia	19	0%	0

Imagenología	25	0%	0
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>196035</u></b>	<b><u>100%</u></b>	<b><u>382</u></b>

Tabla 12 Muestreo estratificado de Funcionarios de Acuerdo a las Áreas de Trabajo del Hospital

<b>SERVICIO ORIGEN</b>	<b>N° FUNCIONARIOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>MUESTRA</b>
Servicios administrativos	28	26%	22
Servicios generales y mantenimiento	9	8%	7
Conductores	6	6%	5
Odontología	3	3%	2
Laboratorio	2	2%	2
Farmacia	3	3%	2
Terapias	2	2%	2
Contratistas	7	6%	6
Auxiliares de enfermería	31	28%	24
Jefes de Enfermería	3	3%	2
Radiología	1	1%	1
Médicos Generales	11	10%	9
Cooperativa	3	3%	2
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>109</u></b>	<b><u>100%</u></b>	<b><u>86</u></b>

#### *INSTRUMENTOS*

Para la recolección de los datos, se empleó una encuesta estructurada referente a la satisfacción del usuario en los servicios de salud, utilizada previamente en el estudio Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios (Riveros, Berné, & Mugica, 2010), La encuesta se compone de 17 ítems los

cuales son valorados tanto por los usuarios como por los funcionarios en una escala con cinco anclajes de respuesta, en donde 1 corresponde a nada importante y 5 a muy importante.

#### *PROCEDIMIENTO*

Para el desarrollo de la investigación, en primer lugar se seleccionó al Hospital Municipal San Antonio, Guamo Tolima. A partir de esta, se solicitó la autorización para el desarrollo de la investigación a la Junta directiva de la E.S.E, con la autorización explícita de esta en Voz de la Gerente del hospital Sandra Liliana Torres. Posterior a la autorización, se realizó una recopilación de datos sobre el hospital relacionados con la organización administrativa, los servicios ofertados, el número de funcionarios que laboran en este, la población atendida en la institución y finalmente las problemáticas actuales de la organización, relacionadas con la calidad de la atención y la satisfacción del usuario.

Una vez estudiada la población atendida durante el año 2011 en los diferentes servicios prestados por el hospital, se determinó el tamaño de la muestra y se realizó la selección de la muestra y se realizó el muestreo estratificado por servicios de forma tal que se obtuvo una distribución equivalente de pacientes por cada uno de estos.

Posterior a la selección de la muestra, se realizó la búsqueda de los diferentes instrumentos de recolección de datos relacionados con la medición del nivel de satisfacción del usuario de los servicios de salud, finalmente se seleccionó la encuesta utilizada en el estudio Gestión y satisfacción en los servicios de salud de Chile: contraste entre las

percepciones de los funcionarios y los usuarios” de los autores Jorge Riveros, Carmen Berne, y Jose Mugica, investigadores Chilenos que realizaron un estudio comparativo entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios sobre las dimensiones de la gestión y la satisfacción de los servicios de salud, mediante dos encuestas la primera de ellas denominada orientación de la gestión al usuario con 17 ítems y la segunda denominada satisfacción con los elementos del servicio con 2 ítems; los 19 ítems son valorados tanto por los usuarios como por los funcionarios en una escala de 1 a 5 medidos de acuerdo a la escala de Likert. De acuerdo a los objetivos de nuestro estudio, las características de la población perteneciente a la muestra y el nivel educativo y socioeconómico de esta, se realizaron algunas adaptaciones en la estructuración, instrucción y redacción de los ítems pertenecientes a la encuesta, mediante una prueba piloto ejecutada con 20 habitantes del Guamo. Posterior a la prueba piloto se obtuvo un instrumento de aplicación final que contiene 17 ítems de evaluación de los 19 que procedían de las dos encuestas seleccionadas inicialmente, eliminando los ítems 5 y 15 del mismo, pues los participantes de la prueba piloto, reportaron que estas preguntas se repetían. Posterior a la adaptación de la encuesta se procedió a la aplicación de las mismas en las instalaciones del hospital, en primer lugar se realizó el ejercicio de aplicación con los funcionarios del hospital y posteriormente se realizó el ejercicio con los usuarios de este de acuerdo a la estratificación realizada para cada uno de los servicios.

Una vez aplicada la totalidad de las encuestas se procedió a realizar la tabulación de los datos tanto para usuarios como para funcionarios, y finalmente el análisis de datos

## 6. RESULTADOS

Los resultados del estudio mostrarán en primer lugar las propiedades psicométricas de las escalas de medida utilizadas, presentando los análisis factoriales exploratorios de las escalas y el correspondiente análisis de fiabilidad. En segundo lugar se presentarán los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas de los dos grupos participantes, usuarios y funcionarios; en tercer lugar se presentarán la comparación de medias con el fin de observar las diferencias en puntajes para cada uno de los ítems evaluados en los dos grupos participantes, finalmente se presentará la prueba T para igualdad de medias tanto de los ítems como de los factores o sub-escalas del instrumento.

### ***PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LAS ESCALAS DE MEDIDA***

Para el análisis de las propiedades psicométricas de las escalas, se realizó **Análisis Factorial exploratorio** del instrumento utilizado, a través del paquete estadístico SPSS; este análisis indicó que la encuesta utilizada se compone de tres factores o sub-escalas así: Factor N°1. Funcionamiento administrativo y operacional del hospital, el cual se compone de los ítems del uno al siete, Factor N° 2. Estrategias de información y atención al usuario, el cual se compone de los ítems ocho, nueve, diez, once, doce y quince, y el Factor N° 3. Elementos necesarios para la prestación de servicios con

calidad, el cual se compone de los elementos trece, catorce, dieciséis y diecisiete (Ver tabla N° 13).

Tabla13. Análisis factorial exploratorio

FACTOR 1 FUNCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO Y OPERACIONAL DEL HOSPITAL		FACTOR 2 ESTRATEGIAS DE INFORMACION Y ATENCIÓN AL USUARIO.		FACTOR 3 ELEMENTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD	
ITEM	VALOR	ITEM	VALOR	ITEM	VALOR
Interés de hospital por solucionar los problemas de salud de los usuarios	,818	Solución de quejas y reclamos de los usuarios, por parte del hospital.	,733	Coordinación entre la atención administrativa y la atención médica para satisfacer las necesidades del usuario	,621
Orientación del hospital hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios	,673	Canales de comunicación para que el usuario reporte la calidad de la atención recibida	,721	Organización en la programación de las citas y respeto en la atención de los usuarios	,721
Información que brinda el	,858	Sistema de educación y	,868	Disponibilidad de equipos y	,761

<b>personal administrativo sobre los trámites para la atención.</b>		<b>orientación al usuario para el uso de los servicios hospitalarios.</b>		<b>materiales necesarios para la atención del usuario.</b>	
<b>Preocupación del hospital por la solución de los problemas de los usuarios</b>	,876	<b>Sistema de seguimiento post-atención para el control de la salud del usuario y la continuidad de su tratamiento.</b>	,752	<b>Mejoras en la infraestructura del hospital para prestar servicios con calidad.</b>	,772
<b>Personal médico y administrativo con calidez humana</b>	,707	<b>Base de datos completa y actualizada de la información personal de los usuarios</b>	,888		
<b>Personal médico capacitado para brindar calidad en la atención</b>	,681	<b>Señalización de las instalaciones del hospital para la adecuada orientación de los usuarios</b>	,833		
<b>Contacto constante entre el hospital y el usuario para ofrecer información clara y</b>	,676				

oportuna				
----------	--	--	--	--

Fuente: Autores, 2013

Posterior al análisis factorial, se llevó a cabo el análisis de fiabilidad para verificar la consistencia interna de cada una de las sub-escalas que componen la encuesta utilizada, los resultados indican que cada una de estas es altamente confiable, obteniendo un alfa de Cronbach para la Sub-escala N° 1 Funcionamiento administrativo y operacional del hospital de 0.901, para la Sub-escala N° 2 Estrategias de información y atención al usuario el alfa de Cronbach fue de 0.912, y para la Sub-escala N° 3 Elementos necesarios para la prestación de servicios con calidad el alfa de Cronbach fue de 0.823. (Ver tabla N° 14).

**Tabla 14 Análisis de fiabilidad, Alfa de Cronbach**

<b>SUB-ESCALA</b>	<b>ALFA DE CRONBACH</b>	<b>Nº DE ELEMENTOS</b>
Funcionamiento administrativo y operacional del hospital"	0,901	7
Estrategias de información y atención al usuario	0.912	6
Elementos necesarios para la prestación de servicios con calidad	0.823	4

Fuente: Autores, 2013

## RESULTADOS DESCRIPTIVOS

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS USUARIO Y FUNCIONARIOS

De acuerdo al análisis de los datos estudiados podemos determinar las siguientes características socio demográficas de la población participante, es importante resaltar que este estudio cuenta con dos tipos poblaciones la primera de ellas representa a la población de usuarios que asisten a los servicios del hospital municipal del guamo Tolima y la segunda corresponde a los funcionarios que laboran en este.

#### 1. SEXO

Se observa que en su mayoría la población de usuarios participantes son mujeres; evidenciadas así: de 382 usuarios el 87.4% que corresponde a 334 usuarios son de sexo femenino. Para el grupo de los funcionarios se observa que el 67.4% de la muestra corresponde a mujeres. (Ver tabla 15).

Tabla 15 Distribución de usuarios/funcionarios de acuerdo al sexo.

SEXO		ROL		Total
		USUARIO	FUNCIONARIO	
FEMENINO	Recuento	334	58	392
	%	87,4%	67,4%	83,8%
MASCULINO	Recuento	48	28	76
	%	12,6%	32,6%	16,2%
TOTAL	Recuento	382	86	468
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Autores, 2013

#### 2. EDAD

Se evidencia que la edad de las personas participantes en el estudio oscilan entre 16-68 años de edad , el mayor porcentaje se encuentran en la población de usuarios de 24 años que corresponde al 10.7% del total de personas encuestadas, el 8.31% corresponde a las personas que tiene 16 años y con el mismo porcentaje encontramos la población de usuarios que poseen 28 años; se observa que existen tres grupos de usuarios que comparten el mismo porcentaje correspondiente a 5.8% y son aquellas que tienen edades de 68 , 55 y 36 años de edad. En el grupo de funcionarios encontramos que el porcentaje más alto esta en aquellos que tienen 35 años de edad los cuales corresponden a un 9.3%, las edades de 28 y 30 años poseen el mismo porcentaje de 7% representado en grupos de 6 personas. La participación general de personas encuestadas tuvo un mayor porcentaje en las edades de 24 y 28 con porcentajes de 9.4% y 7.9% respectivamente. (Ver tabla 16)

**Tabla 16 Distribución de participantes de acuerdo al grupo etéreo en edad**

EDAD		ROL		Total
		USUARIO	FUNCIONARIO	
16-20	Recuento	74	5	79
	%	19,4%	5,9%	25,3%
21-25	Recuento	76	15	91
	%	19,9%	17,5%	37,4%
26-30	Recuento	67	22	89
	%	17,6%	25,6%	43,2%
31-35	Recuento	52	17	69
	%	13,6%	19,9%	33,5%
36-40	Recuento	44	9	53
	%	11,6%	10,6%	22,2%
41-45	Recuento	9	6	15
	%	2,3%	7,1%	9,4%
46-50	Recuento	5	4	5
	%	1,3%	4,7%	5,8%
51-55	Recuento	26	4	30
	%	6,9%	4,7%	11,6%

56-70	Recuento	29	4	33
	%	7,6%	4,7%	12,3%
<b>TOTAL</b>	Recuento	382	86	468
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Autores, 2013

### 3. ESTADO CIVIL

Los resultados obtenidos en el estudio señalan que el 52.1% de los participantes son solteros, el 27,7% representados son casados, el 13.1% son separados y el 27% restante que son viudos. Para el grupo de los funcionarios se observa que el 67.4% son solteros, el 31.4% son casados y el 1.2% de los sujetos son separados, no se registran funcionarios con estado civil viudo. (Ver tabla 17)

Tabla 17 Distribución de participantes de acuerdo a su Estado Civil

ESTADO CIVIL		ROL		Total
		USUARIO	FUNCIONARIO	
<b>SOLTERO</b>	Recuento	199	58	257
	%	52,1%	67,4%	54,9%
<b>CASADO</b>	Recuento	106	27	133
	%	27,7%	31,4%	28,4%
<b>SEPARADO</b>	Recuento	50	1	51
	%	13,1%	1,2%	10,9%
<b>VIUDO</b>	Recuento	27	0	27

	%	7,1%	0,0%	5,8%
<b>TOTAL</b>	<b>Recuento</b>	<b>382</b>	<b>86</b>	<b>468</b>
	%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Autores, 2013.

#### **4. NIVEL EDUCATIVO**

En el nivel educativo de los usuarios encuestados se observa que el porcentaje más alto es de 41.4%; es decir 158 personas pertenece a nivel de primaria, seguido por un porcentaje de 35.3% referente a 135 usuarios tienen nivel educativo de bachiller, el 20.2% correspondiente a 77 usuarios son tecnológicos y solo el 2.1% que representa a 8 de los 382 encuestados tiene nivel educativo de pregrado y 4 usuarios con un porcentaje de 1.0% poseen postgrado. Para los funcionarios el nivel educativo está descrito de la siguiente manera; el porcentaje más alto lo encontramos en el nivel de tecnológicos con el 44.2% es decir 38 funcionarios, seguido por 20 funcionarios que poseen pregrado lo que refleja el 23.3%, el nivel de posgrado posee un porcentaje de 14.0% correspondiente a 12 funcionarios de los 86 encuestados y finalmente el 18.6% restante que representa a 16 personas de este grupo tienen nivel de bachiller. (Ver tabla 18)

**Tabla 18 Distribución de participantes de acuerdo a su nivel educativo.**

<b>VARIABLE</b>		<b>ROL</b>		<b>Total</b>
		<b>USUARIO</b>	<b>FUNCIONARIO</b>	
<b>PRIMARIA</b>	Recuento	158	0	158
	%	41,4%	0,0%	33,8%
<b>BACHILLERATO</b>	Recuento	135	16	151
	%	35,3%	18,6%	32,3%
<b>TECNOLÓGICO</b>	Recuento	77	38	115

	%	20,2%	44,2%	24,6%
<b>PREGRADO</b>	Recuento	8	20	28
	%	2,1%	23,3%	6,0%
<b>POSTGRADO</b>	Recuento	4	12	16
	%	1,0%	14,0%	3,4%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>382</b>	<b>86</b>	<b>468</b>
	<b>%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Autores, 2013

Existen variables socio-demográficas independientes para cada uno de los grupos encuestados las cuales caracterizamos de la siguiente manera:

#### VARIABLES FUNCIONARIOS

##### **1. AREA DE TRABAJO**

Se evidencia que la variable “área de trabajo” descrita para los funcionarios, los porcentajes más contundentes están en los servicios administrativos con una participación de 29 funcionarios que corresponde al 33.7%; seguido de los 24 funcionarios que laboran como auxiliares de enfermería que corresponden a un 27.9% , el grupo de médicos conformado por 9 personas corresponden al 10.5%, los contratistas se encuentran en cuarto lugar con un grupo de 6 personas dando el 7.0% el porcentaje restante se divide de manera equitativa entre las áreas restantes. (Ver tabla N° 19)

**Tabla 19. Distribución de Funcionarios participantes de acuerdo a su Área de Trabajo**

VARIABLE		FUNCIONARIO	Total
Auxiliar	%	27,9%	5,1%
Conductores	%	5,8%	1,1%

Contratistas	%	7,0%	1,3%
Cooperativa	%	2,3%	,4%
Farmacia	%	2,3%	,4%
Jefes de enfermería	%	2,3%	,4%
Laboratorio	%	2,3%	,4%
Médicos	%	10,5%	1,9%
Odontólogos	%	2,3%	,4%
Radiólogos	%	1,2%	,2%
Servicio	%	33,7%	6,2%
Terapias	%	2,3%	,4%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>86</b>	<b>468</b>
	<b>%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Autores, 2013

## 2. CARGO

Seguido de la variable anterior encontramos los cargos de los funcionarios, en estos el porcentaje más alto evidentemente se relaciona con nuestra variable anterior, los auxiliares de enfermería ocupan el porcentaje más alto con un 27.9% debido a sus 24 profesionales que se encuentran en el, los auxiliares de facturación ocupan un porcentaje de 10.5% en igual porcentaje se encuentran los médicos generales cada uno de ellos con 9 funcionarios. (Ver tabla 20).

**Tabla 20. Distribución de los funcionarios participantes de acuerdo al cargo desempeñado en el hospital**

CARGO		FUNCIONARIO	Total
Asesor	%	1,2%	,2%
Asesor Jurídico	%	1,2%	,2%
Asesor Profesional	%	2,3%	,4%
Asesora ICA	%	1,2%	,2%
Atención al Usuario	%	1,2%	,2%
Auxiliar	%	1,2%	,2%
Auxiliar administrativo	%	1,2%	,2%
Auxiliar Contabilidad	%	1,2%	,2%
Auxiliar de almacén	%	1,2%	,2%
Auxiliar de enfermería	%	27,9%	5,1%
Auxiliar de Estadística	%	1,2%	,2%
Auxiliar de Farmacia	%	2,3%	,4%
Auxiliar de Referencia	%	1,2%	,2%
Auxiliar Facturación	%	10,5%	1,9%
Auxiliar Serv Generales	%	8,1%	1,5%
Bacterióloga	%	1,2%	,2%
Conductor	%	5,8%	1,1%
Contador	%	2,3%	,4%
Control Interno	%	1,2%	,2%
Fisioterapia	%	1,2%	,2%
Gerente	%	1,2%	,2%
Ingeniero de Sistemas	%	1,2%	,2%
Jefe de Enfermería	%	2,3%	,4%
Líder de Calidad	%	1,2%	,2%
Medico General	%	10,5%	1,9%
Odontólogo	%	2,3%	,4%
Referencia y Contrarefere	%	1,2%	,2%
Secretaria General	%	1,2%	,2%
Técnico de Almacén	%	1,2%	,2%
Técnico de Rayos X	%	1,2%	,2%
Técnico Presupuesto	%	1,2%	,2%

Terapeuta Respiratoria	%	1,2%	,2%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>86</b>	<b>468</b>
	<b>% dentro de ROL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Autores, 2013

### 3. ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL

Los años de antigüedad de los funcionarios en el hospital se encuentran en los rangos de 1 a 33 años, siendo 1 año el porcentaje que más se frecuenta entre ellos, razón por la cual ocupan el 52.3% es decir 45 de los 86 funcionarios poseen este tiempo laboral en el hospital, el 38.6% corresponde aquellos funcionarios que llevan laborando en el rango de 2 a 15 años y el 9.1 % de ellos son aquellos que han estado en el hospital por un promedio de 16 a 33 años. (Ver tabla 21).

**Tabla 21. Distribución de funcionarios participantes de acuerdo a la antigüedad laboral en el hospital**

<b>ANTIGÜEDAD LABORAL EN EL HOSPITAL</b>		<b>FUNCIONARIO</b>	<b>Total</b>
1- 5 años	Recuento	62	62
	%	72,1%	72,1%
6 10 años	Recuento	10	4
	%	11,7%	11,7%
11-15 años	Recuento	6	4
	%	7,1%	7,1%
16-20 años	Recuento	3	3
	%	3,5%	3,5%
21-25 años	Recuento	1	1
	%	1,2%	1,2%
26-30 años	Recuento	3	3
	%	3,6%	3,6%
31-35 años	Recuento	1	1
	%	1,2%	1,2%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>86</b>	<b>86</b>
	<b>%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Autores, 2013

#### **4. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL**

De acuerdo a la variable anterior los años de antigüedad en el cargo es otra variable que para este caso complementa la anteriormente mencionada, tiene una distribución porcentual similar, denotando la siguiente información; el 55.8% lleva laborando 1 año en la institución, lo que corresponde a 48 funcionarios, el 39,8 es decir 41 funcionarios poseen entre 2 a 15 años en el cargo, el 4.4% restante se encuentran los que poseen una antigüedad de 16 a 29 años de antigüedad en la institución. (Ver tabla 22).

Tabla 22 Distribución de los funcionarios participantes de acuerdo a la antigüedad laboral en el cargo actual.

<b>ANTIGÜEDAD LABORAL EN EL CARGO ACTUAL</b>		<b>FUNCIONARIO</b>	<b>Total</b>
1-5 años	Recuento	65	65
	%	75,6%	75,6%
6 10 años	Recuento	9	9
	%	7,0%	7,0%
11-15 años	Recuento	6	6
	%	3,5%	3,5%
16-20 años	Recuento	3	3
	%	3,5%	3,5%
21-25 años	Recuento	1	1
	%	1,2%	1,2%
26-30 años	Recuento	2	2
	%	2,3%	2,3%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>86</b>	<b>86</b>
	<b>%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Autores, 2013.

## **VARIABLES USUARIOS**

### **1. OCUPACION**

En las variables independientes para el grupo de los usuarios podemos observar que la primera de ellas está relacionada con la ocupación, de esta manera ama de casa posee el porcentaje más alto con una participación de 209 usuarias que corresponde a 54.7%, el 22.3% son empleados, el 1.8 son vendedores y 19.4% son estudiantes (Ver tabla 23).

OCUPACION		USUARIO	Total
Ama de C	%	54,7%	44,7%
Empleado	%	29,5%	29,5%
Estudian	%	19,4%	15,8%
Oficios	%	1,8%	1,5%
vendedor	%	,8%	,6%
Vendedor	%	1,0%	,9%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>382</b>	<b>468</b>
	<b>%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 23  
Distribución de usuarios

usuarios participantes de acuerdo a su ocupación

Fuente: Autores, 2013.

## 2. SERVICIO CONSULTADO

Esta encuesta fue desarrollada en los servicios con los que cuenta el hospital, la mayor participación la tenemos del servicio de farmacia con un porcentaje de 31.4% es decir 120 usuarios, seguido por los 105 usuarios encuestados en farmacia y que ocupan el 27.5% del total de los usuarios, consulta externa posee el 17.05% que son 65 usuarios (Ver tabla 24).

**Tabla 24 Distribución de usuarios participantes de acuerdo al servicio consultado.**

<b>SERVICIO CONSULTADO</b>		<b>USUARIO</b>	<b>Total</b>
Consulta medicina general	%	17,0%	13,9%
Farmacia	%	27,5%	22,4%
Hospitalización	%	,3%	,2%
Laboratorio Clínico	%	4,7%	3,8%
Odontología	%	6,0%	4,9%
Procedimiento ambulatorio	%	2,1%	1,7%
Promoción y Prevención	%	31,4%	25,6%
Radiología	%	,8%	,6%
Terapias	%	,8%	,6%
Urgencias	%	9,4%	7,7%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>382</b>	<b>468</b>
	<b>%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Autores, 2013

**ITEMS EVALUADOS USUARIO VS FUNCIONARIO**

En relación con el ítem 1, el cual evaluaba el interés del hospital por solucionar problemas de salud del usuario, se encontró que la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 3,95; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 3 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,58. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,06. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 2, el cual evaluaba orientación del hospital hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios, se encontró que la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 3,87; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 2 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,62. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 3 que evaluaba información por parte del personal administrativo sobre los trámites para la atención, se encontró que la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,04; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 3 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,58. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,14. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 4 que evaluaba preocupación de hospital por la solución de los problemas de los usuarios se encontró que la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una

media de 4,19; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 2 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,69. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,28. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 5 que evaluaba que el hospital ofrezca alternativas de solución al usuario ante los problemas que presente durante su atención, se identificó que la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,15; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 2 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,73. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,26. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 6 que evaluaba personal médico cálido y altamente capacitado para brindar atención con calidad, se encontró que la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,33; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 3 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,67. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,4. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 7 que evaluaba el contacto constante entre el hospital y el usuario para ofrecer información clara y oportuna, se evidenció que la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,28; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 3 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,5. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,32. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 8 que evaluaba la solución de quejas y reclamos de los usuarios por parte del hospital la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,38; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 2 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,3. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,37. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 9 que evaluaba los canales de comunicación para reportar la calidad de la atención recibida la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,24; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 0 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,36. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios)

**Tabla 25 comparación de medias usuarios vs. Funcionarios**

la media fue de 4,26. (Ver tabla 25)

ITEMS	USUARIOS			FUNCIONARIOS			TOTAL			
	Media	P. Mínima	P. Máxima	Media	P. Mínima	P. Máxima	N	Media	P. Mínima	P. Máxima
ITEM1	3,95	1	5	4,58	3	5	468	4,06	1	5
ITEM2	3,87	1	5	4,62	2	5	468	4	1	5
ITEM3	4,04	1	5	4,58	3	5	467	4,14	1	5
ITEM4	4,19	1	5	4,69	2	5	468	4,28	1	5
ITEM5	4,15	1	5	4,73	2	5	468	4,26	1	5
ITEM6	4,33	1	5	4,67	3	5	468	4,4	1	5
ITEM7	4,28	1	5	4,5	3	5	468	4,32	1	5
ITEM8	4,38	2	5	4,3	2	5	468	4,37	2	5
ITEM9	4,24	2	5	4,36	0	5	468	4,26	0	5

ITEM10	4,41	1	5	4,51	0	5	468	4,43	0	5
ITEM11	4,37	2	5	4,45	3	5	467	4,38	2	5
ITEM12	4,47	3	5	4,52	2	5	467	4,48	2	5
ITEM13	4,4	1	5	4,47	3	5	467	4,41	1	5
ITEM14	4,6	2	5	4,52	1	5	466	4,59	1	5
ITEM15	4,46	1	5	4,53	3	5	468	4,47	1	5
ITEM16	4,69	2	5	4,64	2	5	468	4,68	2	5
ITEM17	4,47	1	5	4,49	2	5	467	4,47	1	5

Fuente: Autores, 2013

En relación con el ítem 10 que evaluaba el sistema de educación y orientación al usuario para el uso de los servicios hospitalarios la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,41; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 0 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,51. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,43. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 11 que evaluaba el sistema de seguimiento post-atención para la salud del usuario y la continuidad de su tratamiento la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,37; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 3 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,45. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,38. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 12 que evaluaba la base de datos completa y actualizada de la información personal de los usuarios, la puntuación mínima fue de 3 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media

de 4,47; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 2 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,52. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,48. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 13 que evaluaba la coordinación entre la atención administrativa y la atención médica para la satisfacción de las necesidades del usuario, la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,4; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 3 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,47. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,41. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 14 que evaluaba la organización en la programación y respeto en la atención de los usuarios, la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,46; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,52. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,59. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 15 que evaluaba la señalización de las instalaciones del hospital para la adecuada orientación de los usuarios, la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,46; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 3 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,53. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,47. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 16 que evaluaba la disponibilidad de equipos y materiales necesarios para la atención del usuario, la puntuación mínima fue de 2 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,69; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 2 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,64. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,68. (Ver tabla 25).

En relación con el ítem 17 que evaluaba mejoras en la infraestructura del hospital para prestación de un servicio con calidad, la puntuación mínima fue de 1 y la puntuación máxima fue de 5 para los Usuarios, con una media de 4,47; mientras que en los Funcionarios la puntuación mínima fue de 2 y la puntuación máxima fue de 5, con una media de 4,49. Para la totalidad de la población encuestada (Usuarios/Funcionarios) la media fue de 4,47. (Ver tabla 25).

#### ***PRUEBA T PARA IGUALDAD DE MEDIAS***

Se realiza una prueba de muestras independientes a través del programa estadístico SPSS, con la cual se realiza la diferencia de medias para cada uno de los ítems evaluados en los dos grupos poblacionales (usuarios y funcionarios).

Tal como se observa en la Tabla # 26, se observan diferencias estadísticamente significativas en los ítems del uno al siete (entre 0,000 y

0,003) de acuerdo a la valoración asignada por los usuarios frente a la valoración dada por los funcionarios.

En relación con el ítem 1, que hace referencia al interés del hospital por solucionar los problemas de salud de los usuarios, es una condición de mayor influencia para los funcionarios con una media de 4,58 en comparación con la influencia para los usuarios, cuya media fue calculada en 3,95. Así, la diferencia entre estos valores promedio es estadísticamente significativa (0,000).

Para el ítem 2, que hace referencia a la orientación del hospital hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios, es una condición de mayor influencia para los funcionarios con una media de 4,62 en comparación con la influencia para los usuarios, cuya media fue calculada en 3,87. Así, la diferencia entre estos valores promedio es estadísticamente significativa (0,000). Para el ítem 3, que hace referencia a la información que brinda el personal administrativo sobre los trámites para la atención, es una condición de mayor influencia para los funcionarios con una media de 4,58 en comparación con la influencia para los usuarios, cuya media fue calculada en 4,04. Así, la diferencia entre estos valores promedio es estadísticamente significativa (0,000). Para el ítem 4, que hace referencia a la preocupación del hospital por solucionar los problemas de los usuarios, es una condición de mayor influencia para los funcionarios con una media de 4,69 en comparación con la influencia para los usuarios, cuya media fue calculada en 4,19. Así, la diferencia entre estos valores promedio es estadísticamente significativa (0,000).

Para el ítem 5, que hace referencia a la calidez humana del personal médico y administrativo, una condición de mayor influencia para los funcionarios con una media de 4,73 en comparación con la influencia para los usuarios, cuya media fue calculada en 4,15. Así, la diferencia entre estos valores promedio es estadísticamente significativa (0,000). Para el ítem 6, que hace referencia al personal médico capacitado para brindar atención con calidad, una condición de mayor influencia para los funcionarios con una media de 4,67, en comparación con la influencia para los usuarios, cuya media fue calculada en 4,33. Así, la diferencia entre estos valores promedio es estadísticamente significativa (0,000). Para el ítem 7, que hace referencia contacto constante entre el hospital y el usuario para ofrecer información clara y oportuna al usuario, es una condición de mayor influencia para los funcionarios con una media de 4,50 en comparación con la influencia para los usuarios, cuya media fue calculada en 4,28. Así, la diferencia entre estos valores promedio es estadísticamente significativa (0,000) tal como se ilustra en la Tabla 26.

**Tabla 26. Prueba T para igualdad de medias**

<b>ITEMS</b>	<b>Prueba T para la igualdad de medias</b>
--------------	--

EVALUADOS	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
ITEM1	-4,711	466	,000	-,636	,135	-,902	-,371
	-6,847	242,505	,000	-,636	,093	-,819	-,453
ITEM2	-6,025	466	,000	-,750	,124	-,994	-,505
	-8,555	228,645	,000	-,750	,088	-,922	-,577
ITEM3	-4,306	465	,000	-,537	,125	-,782	-,292
	-6,181	229,567	,000	-,537	,087	-,708	-,366
ITEM4	-4,345	466	,000	-,498	,115	-,723	-,273
	-5,984	212,603	,000	-,498	,083	-,661	-,334
ITEM5	-4,324	466	,000	-,583	,135	-,848	-,318
	-6,819	303,902	,000	-,583	,086	-,752	-,415
ITEM6	-2,970	466	,003	-,342	,115	-,568	-,116
	-4,015	203,872	,000	-,342	,085	-,510	-,174
ITEM7	-1,789	466	,074	-,223	,124	-,467	,022
	-2,474	214,637	,014	-,223	,090	-,400	-,045
ITEM8	,790	466	,430	,082	,104	-,123	,288
	,814	130,512	,417	,082	,101	-,118	,283
ITEM9	-1,025	466	,306	-,120	,117	-,349	,110
	-1,136	143,170	,258	-,120	,105	-,328	,089
ITEM10	-,944	466	,346	-,106	,112	-,326	,115

	-,994	134,0 08	,322	-,106	,106	-,316	,105
ITEM11	-,788	465	,431	-,081	,102	-,281	,120
	-,929	154,1 58	,354	-,081	,087	-,252	,091
ITEM12	-,506	465	,613	-,046	,092	-,227	,134
	-,523	128,7 80	,602	-,046	,089	-,222	,129
ITEM13	-,756	465	,450	-,075	,100	-,271	,120
	-,890	153,8 09	,375	-,075	,085	-,242	,092
ITEM14	,861	464	,390	,076	,088	-,097	,248
	,813	115,5 04	,418	,076	,093	-,109	,260
ITEM15	-,807	466	,420	-,074	,092	-,255	,106
	-,869	137,8 61	,386	-,074	,085	-,243	,095
ITEM16	,635	466	,526	,046	,073	-,097	,190
	,593	117,6 92	,555	,046	,078	-,108	,201
ITEM17	-,252	465	,801	-,026	,101	-,225	,174
	-,276	138,4 24	,783	-,026	,093	-,209	,158

Fuente: Autores, 2013

Para los ítems del siete al diecisiete, la diferencia de medias muestran resultados mayores a 0,05, por lo tanto no existen diferencias significativas entre la potencial influencia que le atribuyen los usuarios frente a la potencial influencia que les atribuyen los funcionarios.

De acuerdo a los análisis obtenidos por el contraste de medias, se puede señalar entonces que los factores relacionados con el funcionamiento administrativo y operacional no tienen el mismo nivel de influencia para usuarios en la calificación futura de la satisfacción, mientras que para los funcionarios parecen ser predictores importantes para la calificación de la satisfacción del usuario. (Ver tabla 26).

**PRUEBA T PARA IGUALDAD DE MEDIAS DE LAS SUB-ESCALAS.**

Se realiza una prueba de muestras independientes a través del programa estadístico SPSS, con la cual se realiza la diferencia de medias para cada una de las sub-escalas que contiene el instrumento empleado en la investigación, en los dos grupos poblacionales (usuarios y funcionarios) y el análisis de las diferencias significativas entre estas. (Ver tabla 27).

**Tabla 27. Prueba T para igualdad de medias de los factores 1, 2, y 3**

<b>Prueba de muestras independientes</b>							
<b>FACTORES</b>	<b>Prueba T para la igualdad de medias</b>						
	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. bilateral</b>	<b>Diferencia de medias</b>	<b>Error típ. de la diferencia</b>	<b>95% Intervalo de confianza para la diferencia</b>	
						<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>FUNCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO Y OPERACIONAL DEL HOSPITAL</b>	-5,195	466	0,000	-0,50914	0,08646	-0,22346	0,11636
	-8,147	299,072	0,000	-0,50914	0,07831	-0,20835	0,10124
<b>ESTRATEGIAS DE INFORMACION Y ATENCION AL</b>	-0,619	4,66	0,536	-0,05355	0,098	-0,70172	-0,31656
	-0,684	142,459	0,495	-0,05355	0,06249	-0,63212	-0,38616

<b>USUARIO</b>							
<b>ELEMENTOS</b>	0,192	466	0,848	0,01405	0,0733	-0,12998	0,15808
<b>PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD</b>	0,216	146,824	0,829	0,01405	0,06498	-0,11437	0,14246

Fuente: Autores,2013

Al contrastar la diferencia de medias para la Sub-escala denominada Funcionamiento administrativo y operacional del hospital, se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de usuarios y funcionarios ( $p=0,000$ ). Para la Sub-escala Estrategias de información y atención al usuario, los resultados obtenidos señalan que no existen diferencias estadísticamente significativas entre usuarios y funcionarios ( $p=0,536$ ). Finalmente en la Sub-escala denominada Elementos para la prestación de servicios con calidad, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre usuarios y funcionarios ( $p=0,848$ ).

## 7. ANALISIS

A partir de las diferencias significativas obtenidas en la prueba T para igualdad de medias y su comparación con los resultados reportados en los

diferentes estudios relacionados con la percepción de los usuarios y funcionarios sobre satisfacción de los servicios de salud, se realizara el análisis individual de cada uno de los ítems evaluados en la encuesta.

De acuerdo con los resultados del estudio, el ítem N° 1 que evalúa el interés del hospital por solucionar los problemas de salud del usuario, es un aspecto de alta influencia en la satisfacción de los servicios de salud para el funcionario, así, los funcionarios obtuvieron una media de 4,58, mientras que los usuarios obtuvieron una media de 3,95, con una diferencia estadística significativa de  $P=0,000$ . Estos resultados responden a los principios teóricos del modelo de calidad de Parasuraman y colaboradores (1994), quienes plantean que la organización debe identificar los problemas que llevan a una organización a prestar un servicio sin calidad con el fin de encontrar soluciones y así diseñar ejecutar los planes de mejoramiento. Los resultados obtenidos en el presente estudio reafirman que para los funcionarios es importante cumplir la misión de la institución hospitalaria en términos de la atención de los pacientes y la solución de sus problemas de salud, entendiendo que este es un objetivo misional el cual debe ser ejecutado por los funcionarios de la organización, en ese orden de ideas mejorar la salud de la población, sigue siendo una condición intrínseca de la satisfacción sobre la cual la organización hospitalaria trabaja constantemente como lo afirma Narey (2011). Riveros y colaboradores afirman que este es un aspecto crítico para los empleados tanto administrativos como asistenciales la institución hospitalaria mediante el cual “generar una segunda generación de marketing en salud” (2010, Pág. 634).

De acuerdo a los resultados obtenidos en estudios anteriores, este ítem tiene un comportamiento diferente al encontrado en nuestra investigación, así pues, los resultados encontrados en el estudio de Riveros y colaboradores

(2010) mostraron que este aspecto es más importante para los usuarios con una valoración (5,61), mas no para los funcionarios quienes muestran una valoración menor (5,16).

Respecto al ítem N° 2 que evalúa la orientación del hospital hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios, los resultados de este estudio mostraron que para los funcionarios, este aspecto es de alta influencia sobre la satisfacción de los servicios de salud, no tanto así para los usuarios. En el estudio, los funcionarios obtuvieron una media de 4,87, mientras que los usuarios obtuvieron una media de 4,62, con una diferencia de medias estadísticamente significativa ( $P= 0,000$ ). El comportamiento de esta variable podría explicarse en la medida en que los funcionarios no trabajan en pro de una satisfacción individual si no que buscan la satisfacción de las necesidades que aquejan a la comunidad. Tal como lo señalaba Grönroos (1984), variables tales como el cumplimiento de las necesidades del cliente son importantes para obtener un buen resultado en la calidad percibida por este.

Sobre los anteriores resultados, Miranda y colaboradores (2009) evidenciaron en su estudio que existían fallas en los niveles de satisfacción de los usuarios y de la calidad en la prestación de los servicios, las cuales afectaban la complacencia del paciente y sus expectativas frente a los servicios recibidos. De acuerdo con Narey (2011) la orientación operativa y de calidad de las organizaciones de salud debe estar dirigida al cumplimiento de las metas y objetivos de la institución pues es una condición intrínseca de la satisfacción por la cual trabaja específicamente la institución hospitalaria. Vale decir además que los resultados del presente estudio muestran hallazgos diferentes a los efectuados por Riveros y colaboradores (2010), quienes

evidenciaron que éste es un aspecto de vital importancia en la satisfacción de los servicios de salud para los usuarios, mientras que para los funcionarios no.

Con relación al ítem N° 3 que evalúa la proporción de la información y explicación de pasos y/o tramites a seguir para el desarrollo de la atención del usuario, los resultados del presente estudio mostraron que este aspecto es mas importante para los funcionarios, quienes obtuvieron una media de 4,58, y no para los usuarios quienes obtuvieron una media de 4,04, con una diferencia de medias significativa ( $P= 0,000$ ). Estos resultados pueden ser explicados en la medida que la información es un factor de alta relevancia para los funcionarios administrativos y asistenciales, ya que en el escenario medico y/o administrativo la información se considera un deber del funcionario (Orjuela, Gonzalez, & Betancourt, 2009). Resultados similares reportaron Riveros y colaboradores (2010) en su estudio, en el que los funcionarios mostraron una valoración mayor (5,70), frente a la valoración dada por los usuarios (5,42).

Es importante destacar que la información, siendo un derecho del usuario, es también una condición importante para este durante el proceso de valoración de la satisfacción. De acuerdo con Narey (2011) la información se concibe como una condición intrínseca que el paciente tiene en cuenta a la hora de evaluar la satisfacción del servicio de salud al cual ha asistido. De manera complementaria Wolf y colaboradores (1978), afirman que la información y la explicación proporcionada por parte del profesional en salud, es un factor importante para el usuario en la medición de la satisfacción de los servicios de salud recibidos, factor que hace parte de la dimensión cognitiva de la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud. (Satorres, 2008).

Para el ítem N° 4 que hace alusión a la preocupación del hospital por solucionar los problemas de los usuarios, los resultados de este estudio mostraron que es otro de los aspectos de mayor importancia para los funcionarios y no para los usuarios, así entonces, los funcionarios obtuvieron una media de 4,69, mientras que los usuarios obtuvieron una media de 4,19, con una diferencia de medias estadísticamente significativa ( $P= 0,000$ ). La importancia que los funcionarios le atribuyen a esta característica administrativa se explica en torno a que son ellos los responsables de brindar soluciones completas e integrales ante los problemas que tengan los usuarios, pues como integrantes de la organización hospitalaria y como agentes activos de esta, deben dar cumplimiento tanto a los objetivos misionales de la institución como a la visión de la misma, así lo define el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, en el cual el fin último es velar por la salud y la atención integral de los usuarios (Palacio, 2013). En ese orden de ideas, las soluciones integrales frente a los problemas de salud que aquejan a los usuarios y la comunidad en su totalidad, es uno de esos objetivos misionales que debe cumplir el personal administrativo del Hospital. Riveros y colaboradores (2010) en su investigación, encuentran resultados diferentes a los reportados en nuestro estudio; este afirma que este factor es más importante para los usuarios que para los funcionarios. Estos resultados son apoyados por los principios teóricos establecidos por el modelo ampliado de la calidad del servicio de Parasuraman y colaboradores (1988), en el cual se plantea que “el compromiso que asume la dirección con la calidad del servicio” es un factor importante en la evaluación de los servicios de salud, pues este no debe convertirse en una deficiencia que genere discrepancias entre los usuarios de los servicios de salud y los funcionarios que los prestan.

En relación con la calidez humana, ítem N° 5 evaluado en este estudio, los resultados mostraron que esta condición es de mayor influencia para los funcionarios, con una media de 4,73, que para los usuarios quienes obtuvieron una media de 4,15, con una diferencia de medias estadísticamente significativa ( $P= 0,000$ ). Es evidente entonces que no solo los aspectos administrativos y operacionales son de vital importancia para los funcionarios, si no también aspectos de índole asistencial y de interacción entre usuario y funcionario. Este resultado implica entonces que no solo el desempeño laboral en términos técnicos debe ser altamente productivo y eficiente, si no que también la práctica profesional humana debe ser un reto y una obligación para los funcionarios que integran la organización hospitalaria. Este planteamiento lo defiende el modelo de calidad de Grönroos y Gummerson desarrollado en 1987 citado por Satorres (2008), específicamente desde la cuarta y última fuente, la fuente de la relaciones, la cual se resalta la importancia de la interacción entre el proveedor, el vendedor y el comprador, pues en cuanto mejor sean las relaciones entre clientes y empleados, mejores serán los niveles de calidad entregados.

Es preciso mencionar que los resultados en este estudio se diferencian de aquellos obtenidos en estudios anteriores. Por ejemplo Riveros y colaboradores (2010), afirman que la calidez humana es un factor mas importante para los usuarios que para los funcionarios. Resultados similares se encontraron en los pacientes que asistían a las organizaciones hospitalarias públicas de Hidalgo México; en este caso los usuarios participantes de este estudio destacaron la calidez humana como una característica que hacía parte de la competencia profesional y de la atención humanizada, dos factores de alta influencia en el nivel de satisfacción del usuario (Sanchez, 2005).

En torno a este tema Narey (2011) menciona que la calidez humana se traduce en condiciones específicas que el paciente observa y evalúa durante su atención, tales condiciones son el respeto a su integridad, la escucha activa del médico y la información recibida por parte del profesional tratante, por tal motivo la atención humanizada resulta ser muy importante para el usuario. Complementariamente a lo anterior, Donabedian (1997) afirma que el resultado de la satisfacción de los servicios de salud es el producto de esa interacción entre usuario y profesional de la salud, por lo tanto, la calidez humana con la cual sea atendido el paciente, puede ser una variable potencialmente importante en la calificación de la satisfacción de los servicios de salud por parte del usuario. Igual planteamiento realizan Wolf y colaboradores (1978), para quienes la calidez humana también resulta ser vital para el paciente a la hora de emitir su juicio de satisfacción sobre los servicios de salud recibidos;

Las características anteriores hacen parte también de la dimensión afectiva del modelo cognitivo-afectivo que explica la satisfacción de los servicios de salud (Satorres, 2008).

Pero si la calidez humana resulta ser una condición indispensable para la satisfacción del usuario, el panorama en Colombia no es del todo halagador, así lo reporta Orozco (2011) en su estudio, en el cual nos muestra que las falencias en la atención humanizada tienen un impacto negativo en la valoración de la satisfacción de los servicios de salud por parte de los usuarios, así pues, si la calidez humana, es deficiente, los niveles de satisfacción decrecen.

Ahora bien, en relación con los resultados obtenidos para el ítem N°6, mediante el cual se evalúa la capacitación de los funcionarios, esta es una condición de mayor influencia para los funcionarios, que para los usuarios, así, mientras los funcionarios obtuvieron una media de 4,67, los usuarios obtuvieron una media de 4,33, con una diferencia de medias estadísticamente significativa ( $P= 0,003$ ). Los resultados del estudio de Riveros (2010) muestran un comportamiento diferente frente a esta condición, pues en dicho estudio resulta ser un criterio más importante para los usuarios que para los funcionarios. Estos resultados implican que la organización hospitalaria debe preocuparse constantemente por el entrenamiento y actualización de los funcionarios y el cuerpo médico, en todos aquellos temas relacionados con la atención en salud, la calidad en salud, la satisfacción en salud, la promoción y la prevención en salud y los tratamientos vanguardistas desarrollados para promover el bienestar del usuario. Así lo establece el Ministerio de salud y protección social de nuestro país, el cual actualmente lanza “Las Guías de Práctica Clínica” entendidas como una herramienta que proporcionan lineamientos para educar al personal de la salud, trabajados desde la medicina basada en la evidencia (MinSalud y protección social, 2013).

Los resultados del presente estudio corroboran los postulados planteados por diferentes autores, empezando por Narey (2011), quien afirma que esta es una condición intrínseca sobre la cual trabajan los funcionarios del hospital, la cual está contemplada en la dimensión técnico-científica de la calidad en salud. Así mismo lo mencionan Riveros y colaboradores (2010), quienes afirman que la competencia técnico científica es para los profesionales de la salud, uno de los requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud con calidad, generadores de satisfacción en el usuario.

De igual forma Wolf y colaboradores (1978), frente a la capacitación de los funcionarios en ámbitos de salud señala que es un tema de vital importancia en la valoración de la satisfacción del usuario, pues la competencia profesional es una de las dimensiones de carácter actitudinal mediante la cual se evalúa la satisfacción del usuario, sin embargo no menciona si es de mayor importancia para el usuario o para el funcionario.

Ahora bien, Lavielle y colaboradores (2008) afirman que la experiencia del médico y la capacitación del mismo, son aspectos importantes para los pacientes a la hora de evaluar la satisfacción de los servicios de salud recibidos; Ware y Synder (1975) de manera complementaria afirman que esta característica es una de las variables sobre las cuales se puede evaluar la satisfacción de los servicios de salud tanto para los usuarios como para los funcionarios.

En la Habana, Cuba, la capacitación del personal médico y administrativo, muestra un comportamiento deficiente, así lo mencionan Miranda y colaboradores (2009) en su estudio, en el cual afirman que existen fallas en la competencia profesional del personal médico que atienden a los pacientes y por lo tanto esta deficiencia está afectando de manera significativa los niveles de satisfacción en los servicios de salud reportados por los usuarios. Así, podemos ver que de acuerdo a los hallazgos reportados en la literatura, esta característica tiene puntuaciones diversas entre funcionarios y usuarios.

Si bien la proporción de información y la explicación del médico sobre la entidad patológica y el tratamiento que debe seguir el paciente es uno de los criterios más importantes en la valoración de la satisfacción de los servicios de salud como lo afirma Donabedian (1997) en la dimensión de procesos de

la calidad en salud, los medios de comunicación que utilizan los funcionarios y los usuarios para tales fines no se han evaluado con tanta frecuencia como otros criterios ya mencionados (Lavielle, Ceron, Tovar, & Bustamante, 2008), los resultados de este estudio mostraron que esta característica, evaluada en el ítem N° 7, no resulta ser más importante para uno u otro grupo participante pues los funcionarios obtuvieron una media de 4,50, mientras que los usuarios obtuvieron una media de 4,28, por lo tanto no se encontró una diferencia de medias estadísticamente significativa ( $P= 0,074$ ). Investigaciones previas muestran resultados similares. Por ejemplo, Riveros y colaboradores (2010) concluyeron que no existían diferencias estadísticamente significativas (0,022) entre la puntuación de los usuarios y la de los funcionarios. Así las cosas, tanto el estudio de Riveros y Colaboradores como el actual estudio, llevan a concluir que las formas de comunicación no son predictores de la satisfacción de los servicios de lo salud ni para los usuarios ni para los funcionarios.

Los resultados de este estudio nos han mostrado que la información si se considera como una característica altamente influyen en la la valoración que el funcionario hace sobre la satisfacción de los servicios de salud, por lo tanto la organización no puede dejar de lado el diseño y la implementación de formas y medios de comunicación, que le permitan conocer de manera constante las percepciones y sugerencias que tiene el usuario frente a la atención recibida.

Continuando con los ítems que evaluaron características relacionadas con la comunicación, el ítem N° 9 de este estudio que evalúa los canales de comunicación para reportar la calidad de la atención recibida, también mostro la ausencia de diferencia de medias estadísticamente significativas,

así los funcionarios obtuvieron una media de 4,36, mientras que los usuarios obtuvieron una media de 4,24, con una diferencia de medias no significativa igual a  $P= 0,306$ . Se entiende entonces que esta característica no se considera un predictor importante para ninguno de los dos grupos participantes, comportamiento similar se observó en el estudio de Riveros (2010), en el cual la valoración del funcionario fue de 4,45 y la de los usuarios de 4,41 para una diferencia de medias estadísticamente no significativa igual a 0,869. Estos resultados implican que ante la carencia de sistemas de comunicación, el reconocimiento de aspectos a mejorar podría ser nulo, ya que no existen canales mediante los cuales los funcionarios conozcan las necesidades y expectativas de los usuarios frente a la atención recibida y la futura atención.

Es importante destacar el planteamiento teórico que realiza Grönors y Gumerson en su modelo de la calidad, estos autores afirman que “cuanto mejores sean las relaciones entre clientes y empleados, mejores serán también los niveles de calidad entregados” (Satorres, 2008, pág. 42), por lo tanto la comunicación debería considerarse un factor de alta influencia sobre la valoración de la satisfacción tanto del usuario como del funcionario, con el fin de asegurar esas buenas relaciones que impactan positivamente la calidad del servicio.

De acuerdo a los resultados de este estudio, el ítem N° 8 que hace alusión a la solución de quejas y reclamos de los usuarios, es una característica que no tiene mayor influencia ni para los usuarios ni para los funcionarios en términos de su potencial satisfacción, pues no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre las valoraciones dadas por cada uno de los actores participantes ( $P= 0,430$ ). Así pues los funcionarios obtuvieron una

media de 4,30, mientras que los usuarios obtuvieron una media de 4,38. Resultados similares se observaron en el estudio de Riveros y colaboradores (2010) dado que la puntuación de los usuarios (4,02) y la puntuación de los funcionarios (4,50) no arrojaron una diferencia de medias estadísticamente significativa. Frente a estos hallazgos, vale la pena mencionar que esta característica es considerada por Narey (2011) como una de las condiciones intrínsecas sobre las cuales trabaja la organización en el proceso de la satisfacción de los servicios de salud, con el fin último de cumplir con su misión y su visión institucional, esto implica que tanto los funcionarios como los usuarios deberían resaltar la importancia de esta característica a la hora de evaluar la satisfacción de los futuros servicios de salud a consultar.

En cuanto al ítem N° 10 que evalúa los sistemas de educación y orientación al usuario, los resultados de este estudio no arrojaron una diferencia de medias estadísticamente significativa entre la valoración realizada por los usuarios y la valoración realizada por los funcionarios. Resultados diferentes se reportaron en el estudio de Riveros y colaboradores (2010) quienes revelaron que esta condición fue de alta influencia para los usuarios (4,23), en comparación con la valoración de los funcionarios (3,55). En consonancia con los resultados reportados por Riveros y colaboradores (2020), la literatura reporta que los sistemas de educación y orientación en salud, se consideran como una de las condiciones vitales en la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud; así lo defienden Brody y colaboradores (1989), quienes afirman que todas las actividades asistenciales de corte educativo son mejores predictores de la satisfacción del paciente que las propias actividades asistenciales de carácter técnico.

Respecto a los resultados del ítem N° 11 que evalúa los sistemas de seguimiento individualizado que aseguran la continuidad del tratamiento del paciente y su bienestar, se observó que esta no es una característica que presenta diferencias significativas entre usuarios, y funcionarios. En el estudio de Riveros y colaboradores (2010), el comportamiento de esta característica es similar, siendo incluso una de los criterios con menor puntuación tanto por los usuarios (3,47) como para los funcionarios (3,43). Los resultados obtenidos en el presente estudio podrían implicar que en la satisfacción del usuario, las experiencias durante el momento de la atención resultan ser más relevantes que acciones que impliquen una visión de futuro, ya que los usuarios de los servicios de salud, a diferencia de los usuarios de servicios tangibles, deben evaluar los resultados de la atención como el producto tangible recibido, razón por la cual no pueden evaluar el servicio antes de recibirlo ni tampoco en la posterioridad. (Satorres, 2008)

Aspectos operativos tales como las bases de datos, son elementos cruciales para el personal administrativo de las organizaciones hospitalarias, este aspecto valorado en el ítem N° 12 de esta investigación, denominado implementación de una base de datos completa y actualizada de la información personal de los usuarios, no mostró una diferencia de medias estadísticamente significativa usuarios, quienes obtuvieron una media de 4,47 y funcionarios, quienes obtuvieron una media de 4,52. Contrario a los resultados obtenidos en este estudio, la investigación desarrollada por Riveros y colaboradores (2010) reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas (0,000) Frente a estos hallazgos vale destacar los planteamientos de Narey (2011), quien señala que estos elementos operacionales como lo son sistemas de información y manejo de bases de datos hacen parte de los recursos de trabajo del personal médico y

administrativo mediante los cuales pueden cumplir con sus tareas, por lo que pueden significar un factor asociado con la satisfacción de los usuarios..

Si bien no existe una diferencia estadísticamente significativa ( $P= 0,450$ ) entre las valoraciones de los usuarios (4,40), y de los funcionarios (4,47) frente a aspectos relacionados con la coordinación entre la atención de los funcionarios administrativos y la atención del personal médico, ítem N° 13 valorado en este estudio, esta característica no solo se concibe como un criterio de valoración de los usuarios asociada a la atención oportuna, si no que también se considera una condición importante sobre la cual trabajan tanto los funcionarios administrativos como asistenciales (Narey, 2011). Estos resultados implican que esta característica puede tener una importancia similar para ambos actores, por lo tanto los funcionarios deben contemplar la coordinación de su ejercicio como un factor importante a la hora de evaluar la satisfacción de los servicios de salud y los usuarios deben valorar de manera positiva la coordinación que exista entre la atención administrativa y a la atención asistencial que reciben durante su estancia en el hospital.

Ahora bien, si nos remitimos a los resultados reportados en la literatura, los resultados obtenidos en el estudio de Riveros y colaboradores (2010) mostraron que este factor fue una característica importante para los usuarios (5,03) a la hora de evaluar la satisfacción de los servicios de salud.

En Colombia, condiciones como estas reportan un comportamiento deficiente, tal como lo menciona Orozco y colaboradores (2011), quienes afirman que existen altos índices de insatisfacción debido a las falencias en la aplicación errada de procesos administrativos y asistenciales relacionados con la atención en salud.

Con relación al ítem N° 14 que evalúa la atención oportuna del paciente respetando los tiempos de programación, los resultados de este estudio mostraron que no resulta ser una variable mas importante ni para los usuarios, quienes obtuvieron una media de 4,46, ni para los funcionarios participantes, quienes obtuvieron una media de 4,52, con una diferencia de medias igual a  $P= 0,390$ . Estos resultados parecen no tener una relación entre la experiencia de la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud y los principios teóricos relacionados con las dimensiones que explican la calidad en salud, específicamente con la dimensión interpersonal, pues esta plantea que la “interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios, en términos de respeto, cordialidad, y atención cumplida y oportuna” (Sánchez, 2005, pág. 24), es vital para prestar servicios de salud con calidad y por lo tanto generados de satisfacción en el usuario.

De acuerdo a los planteamientos teóricos anteriores podemos ver que el hospital del Guamo Tolima no está configurando la atención bajo los modelos clásicos de la calidad, y por lo tanto se presentan dificultades significativas en factores tales como la oportunidad, la accesibilidad y la pertinencia de los servicios de salud ofertados.

La literatura reporta que la atención oportuna es una condición intrínseca evaluada por el usuario frente a la satisfacción de los servicios de salud (Narey, 2011), de igual forma lo mencionan Laviell y colaboradores (2008) quienes afirman que dentro de los principales aspectos de medición de la satisfacción de los servicios de salud por parte de los usuarios, están los tiempos de consulta y de espera. Henarejos (2011) también coincide en afirmar que los tiempos de espera se consideran un factor de alta influencia en la valoración que realiza el usuario frente a la satisfacción del servicios de

salud recibidos, el cual a su vez se relaciona con la coordinación entre funcionarios administrativos y asistenciales, Satorres (2008) complementa diciendo que este aspecto compone la dimensión cognitiva de la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud.

Respecto al ítem N° 15 que evalúa la señalización de las instalaciones del hospital para la adecuada orientación de los usuarios, los resultados de este estudio mostraron que no existe una diferencia de medias estadísticamente significativa ( $P= 0,420$ ) entre la valoración dada por los usuarios (4,46) y la valoración dada por los funcionarios (4,53). De acuerdo con los resultados obtenidos en estudios previos y los reportes realizados en la literatura, esta característica muestra un comportamiento diferente al encontrado en este estudio, pues esta variable si resulta ser de mayor importancia para el usuario que para el funcionario, así lo muestran las valoraciones dadas por los usuarios Chilenos (5,14) participantes en el estudio de Riveros (2010), frente a la valoración de los funcionarios (4,48) participantes en el mismo estudio, obteniendo una diferencia de medias estadísticamente significativa (0,000).

En la Habana Cuba, se encontraron resultados negativos frente a la evaluación de aspectos como este, Miranda y Colaboradores (2009), reportaron en su investigación realizada en este país, que factores operacionales tales como la señalización confusa y la infraestructura adecuada de los consultorios, afectaban de manera significativa la atención primaria de los usuarios consultantes.

Los aspectos relacionados con infraestructura fueron evaluados en los ítems N° 16 y 17 de este estudio. Las valoraciones de los usuarios y los funcionarios participantes no muestran diferencias estadísticamente significativas, razón por la cual no se le atribuye la importancia a uno u otro grupo. Así entonces para el ítem 16 que evalúa la disponibilidad de equipos y materiales necesarios para la atención del usuario, los funcionarios obtuvieron una media de 4,64, mientras que los usuarios obtuvieron una media de 4,69. La organización mundial de la salud considera que este aspecto debe ser concebido como un criterio mínimo de calidad en salud, pues el uso eficiente de los recursos mínimos con los cuales cuente la organización hospitalaria, asegurara la calidad esperada en salud. (Organización Mundial de la Salud, 1996). Miranda y colaboradores (2009) reportaron en su estudio que la carencia de equipos medicos para la atención primaria generan debilidades en la calidad en salud y por lo tanto efectos negativos en los juicios valorativos de la satisfacción de los servicios de salud.

Para el ítem 17 que evalúa mejoras en la infraestructura del hospital para prestación de un servicio con calidad los funcionarios obtuvieron una media de 4,49, mientras que los usuarios obtuvieron una media de 4,47, con una diferencia de medias estadísticamente no significativa igual a  $P= 0,801$ , sin embargo la proximidad de los valores de las medias de cada uno de los grupos participantes nos indican que esta característica puede tener un nivel de importancia similar, razón por la cual los funcionarios deben procurar mejorar constantemente la infraestructura de la organización y la dotación de la misma, pues así mismo los usuarios valoraran de manera positiva este factor. Riveros y colaboradores (2010) afirmaron en su estudio que todos aquellos aspectos relacionados con la infraestructura del hospital, obtuvieron

una puntuación media, razón por la cual, este aspecto se considera importante en la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud tanto para el usuario como para el funcionario

Los reportes de investigaciones relacionadas con este factor, demuestran que la infraestructura es un aspecto objetivo mediante el cual tanto usuarios como funcionarios evalúan la satisfacción de los servicios de salud, pues para los usuarios es importante ser atendidos en un espacio adecuado y dotado de los instrumentos necesarios para su examen para cumplir así con sus expectativas de atención, ahora para los funcionarios es importante contar con el espacio y el material necesario para desarrollar sus procedimientos técnicos (Sanchez, 2005) (Brody, Miller, Lernas, Smith, & Lazaro, 1989). Miranda y colaboradores (2009) reportan que las fallas en aspectos asociados con la infraestructura pueden afectar de manera significativa la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud, tanto por los usuarios como por los funcionarios. Así mismo lo plantea el sistema de Servucción de Eiglier y Langeard, en el cual plantea que debe existir una articulación entre el uso de los recursos físicos y el talento humano, pues los dos son factores influyentes en la valoración de la satisfacción de los servicios de salud, en ese orden de ideas tanto las características administrativas como asistenciales son factores igualmente importantes en la valoración de la satisfacción de los servicios de salud (Satorres, 2008).

En cuanto a los resultados obtenidos para cada una de las sub-escalas, se evidenció que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la valoración de los usuarios y los funcionarios frente al factor 1, que hace referencia al funcionamiento administrativo y operacional del hospital diferencia estadística significativa igual a  $P= 0,000$  Los resultados indican que

la sub-escala es de mayor importancia para los funcionarios con una valoración de 4,62, frente a la valoración de los usuarios la cual se calculó en 4,11.

Estos resultados se explican entonces con los planteamientos teóricos relacionados con los aspectos administrativos y operacionales implicados en la calidad en salud, específicamente con la dimensión administrativa de la calidad desarrollada por Sánchez (2005), la cual plantea que los tramites y procedimientos operativos inherentes a la atención en salud tienen un impacto importante en el funcionamiento de los servicios de salud y por lo tanto en los niveles de satisfacción de salud reportados por los usuarios (Sánchez, 2005). Es importante resaltar también que la importancia dada por los funcionarios a las variables de esta sub-escala, se explican a partir de lo planteado por el modelo de calidad Grönroos y Gummerson (1987), específicamente en lo que se refiere a la primera fuente, denominada la fuente del diseño de la prestación de los servicios, la cual influye tanto en la calidad técnica como en la calidad funcional.

Para la Sub-escala 2 que hace referencia a las estrategias de información y atención al usuario, ni los funcionarios ni los usuarios mostraron una valoración de alta influencia sobre la valoración de la satisfacción de los servicios de salud, obteniendo así una diferencia de medias igual a  $P=0,536$ . Estos resultados nos indican, que aun ni los funcionarios ni los usuarios atribuyen un alto nivel de influencia a los sistemas de información como un criterio de satisfacción en salud para ambos actores.

Para la Sub-escala 3 que hace referencia a los elementos para la prestación de servicios con calidad, ni los funcionarios, ni los usuarios tampoco

mostraron una diferencia significativas de medias ( $P= 0848$ ). Aunque no existan diferencias significativas en la puntuaciones dados por los funcionarios y los usuarios participantes en esta investigación, los reportes de la literatura nos has mostrado que factores tales como los recursos humanos, físicos y de infraestructura son predictores de la satisfacción en salud (Lavielle, Ceron, Tovar, & Bustamante, 2008), por lo tanto es necesario contemplarlos como predictores de alta influencia en la valoración de la satisfacción en los servicios de salud.

Los resultados de esta investigación nos siguen mostrando la visión fragmentada de la calidad en salud y de los indicadores que cada uno de los actores tiene en cuenta a la hora de emitir un juicio sobre la satisfacción de los servicios prestados y/o recibidos.

## 8. CONCLUSIONES

La valoración de la satisfacción de los servicios de salud por parte de los usuarios y funcionarios no solo se compone de características de índole asistencial relacionadas con el proceso de atención y los resultados de atención, existen otros factores que también adquieren importancia a la hora de evaluar la satisfacción de los servicios de salud los cuales están relacionados con la planeación y el diseño de la atención, factores de orden administrativo y operacional, que no solo son importantes para el funcionario, como actor principal de estos, si no también para los usuarios quienes actualmente evalúan el impacto que tiene la configuración de la atención sobre los resultados en la prestación del servicio.

Para los usuarios del Hospital Municipal del Guamo aspectos tales como la solución de quejas y reclamos, la atención oportuna de acuerdo a la programación y la dotación de materiales y equipos necesarios para la atención integral, son aquellos de mayor valor, con respecto a la valoración dada por los funcionarios, por lo tanto es evidente que para esta población aspectos de tipo cognitivo son la prioridad en la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud, sería oportuno entonces realizar una investigación dirigida a la exploración de los aspectos afectivos tales como la interacción medico-paciente y calidez humana.

Para los funcionarios del Hospital Municipal del Guamo, tanto los aspectos administrativos como asistenciales, en su mayoría, obtuvieron una mayor valoración en comparación con la de los usuarios, por lo tanto, para ellos ambas condiciones, operacionales y asistenciales, son de vital importancia en la valoración de la satisfacción de los usuarios, sin embargo es evidente que

los aspectos administrativos, son las condiciones de mayor influencia, como lo muestran los resultados estadísticamente significativos para la escala 1.

Esta realidad puede explicarse a partir de la definición de calidad que nos proporciona las ciencias económicas, en la cual la calidad es un conjunto de propiedades de un producto que condiciona su utilidad para satisfacer determinadas necesidades productivas o personales” (Narey, 2011, p. 61). Esta concepción nos muestra que los actores administrativos poseen objetivos diferentes a los objetivos de los usuarios frente a los estándares de calidad esperados en la prestación y recibimiento de los servicios de salud, así pues los empleados de las organizaciones hospitalarias trabajan en pro de una meta productiva y objetiva que se enmarca en la dimensión cognitiva del modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción, mientras que los usuarios esperan satisfacer sus expectativas y sus necesidades, las cuales se desglosan desde el plano afectivo.

De acuerdo a los resultados descritos es evidente que existen diferencias significativas entre las condiciones administrativas y asistenciales que a futuro pueden influir sobre la percepción de la satisfacción del usuario. Es evidente que para los funcionarios las condiciones de tipo administrativo tienen una mayor influencia que algunas condiciones de tipo asistencial (como lo muestra la diferencia estadísticamente significativa de la escala N° 1), mientras que para los usuarios las condiciones de tipo operacional y asistencial relacionadas con la interacción con el personal médico y administrativo siguen siendo predictores de alta importancia para construir su percepción sobre la satisfacción del servicio. Este comportamiento podríamos explicarlo a partir de lo planteado en el modelo de calidad del servicio de Grönroos (1984), quien afirma que la calidad percibida termina dependiendo

de las diferencia que existen entre la calidad esperada, por la cual trabajan los funcionarios administrativos y los profesionales de la salud, y la calidad experimentada, aquella que es reportada por los usuarios una vez han recibido su atención. Así mismo, los resultados del estudio nos muestran la presencia del Gap N° 1 del Modelo de los 5 Gaps de Parasuraman, el cual hace referencia a la discrepancia que existe entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos, es evidente entonces que para los usuarios algunas características administrativas y asistenciales sean mas importantes de acuerdo con sus necesidades, y para los funcionarios las características administrativas sean mas importantes de acuerdo a la percepción operacional que tienen sobre el funcionamiento de la organización (Parasuraman, 1994).

A partir de este modelo, los directivos de la organización pueden evaluar entonces si cada uno de los Gaps están presentes o si tan solo el Gap N° 1 se cumple con el fin de establecer la problemática presente y así diseñar las estrategias pertinentes y ejecutar los programas de actuación necesarios para eliminar las diferencias entre usuarios y funcionarios.

Estos matices se explican de acuerdo a los roles de cada uno de los participantes pues para los funcionarios todos aquellos factores implicados en la planeación, diseño y organización de la prestación de los servicios, son aquellos predictores que están bajo su responsabilidad y por lo tanto tienen una alta influencia en la satisfacción del los servicios de salud, mientras que para los usuarios, los resultados de la atención son aquellos factores a evaluar y por lo tanto a partir de ellos emiten su valoración sobre la satisfacción de los servicios de salud. Se sugiere realizar una investigación en la cual se distribuyan de los ítems a evaluar en escalas diferentes, tal vez

pensando en el grado de participación de los usuarios y los funcionarios en cada una de las acciones evaluadas. De acuerdo con Grönroos (1984), esto podría explicarse a partir de su modelo de calidad del servicio, pues la participación del funcionario estaría dirigida hacia la calidad esperada, mientras que la participación del usuario esta dirigida hacia la calidad percibida.

Tal vez la diferencia de miradas frente a la calidad de los servicios, una mirada interna y netamente tecnica por parte los funcionarios, y una mirada externa y ampliamente subjetiva por parte de los usuarios, sea una de la razones que pueda explicarnos las diferencias que encontramos entre las valoraciones y las prioridades de los usuarios frente a la de los funcionarios, ya que para los funcionarios son de vital importancia todos aquellos factores relacionados con la prestacion sin errores, la reduccion en los costes, la disminucion de desviaciones y el cumplimiento de los indicadores establecidos, mientras que para los usuarios todos aquellos factores relacionados con el cumplimiento de las necesidades, la satisfaccion de los deseos y las expectativas, cobran mayor importancia (Satorres, 2008). Esto se relaciona a su vez con el tipo de calidad que evaluan los usuarios de los servicios de salud, pues bien sabemos que en la prestacion de los servicios, los resultados no son el unico momento a tener en cuenta en la evaluacion de la calidad y por lo tanto en la satisfaccion, la estructura y el proceso de los servicios resultan tanto o mas importantes que los resultados a la hora de evaluar la calidad de la prestacion del servicio, pues a partir e ellos se generan las percepciones del usuario frente a la satisfaccion del servicio recibido, para ellos entonces es mas importante la calidad percibida, mientras que para los funcionarios es mas relevante la calidad esperada, ya que la organización planea, diseña y ejecuta la prestacion de sus servicios de

acuerdo a los requerimientos establecidos por la calidad esperada y en razón de estos indicadores medibles y verificables, los funcionarios trabajan para cumplir con el objetivo propuesto. (Donabedian, 1997).

Si bien es cierto que existen diferencias significativas entre usuario y funcionarios respecto a los ítems evaluados en la encuesta, los resultados tan solo muestran que existen diferencias significativas para una de las sub-escalas que maneja la encuesta, la primera de ellas, por lo tanto se puede afirmar que las condiciones administrativas son más importantes para los funcionarios, mientras que para los usuario no lo son, sin embargo los usuarios valoran la importancia de algunas de estas condiciones en los resultados de la atención recibida.

Es evidente que el fenómeno de la disconfirmación puede darse en la población estudiada debido a las diferencias existentes entre las variables de mayor importancia para el funcionario frente a las variables de mayor importancia para el usuarios; estas diferencias pueden afectar las expectativas y necesidades del usuario y resultar en juicios negativos y valoraciones bajas de la satisfacción de los servicios recibidos. (Satorres, 2008).

Así como las diferencias significativas entre usuarios y funcionarios nos muestran la dinámica del fenómeno de la disconfirmación, también nos muestra la vivencia de una de las características intrínsecas de la prestación de los servicios, la Heterogeneidad (Satorres, 2008). Debido a esta característica los resultados obtenidos en el estudio pueden mostrarnos una realidad momentánea de las percepciones tanto de los usuarios como los funcionarios sobre las diferentes características que pueden influir de manera

significativa en la valoración de la satisfacción de los servicios de salud, teniendo en cuenta que para el momento en el cual se realizó el estudio los participantes de ambos grupos podían tener necesidades y expectativas diferentes frente a la prestación y al recibimiento de los servicios de salud, es claro que estas necesidades y estas expectativas pueden cambiar con el tiempo, con la proyección administrativa del hospital, con las necesidades de la comunidad y con las expectativas del cliente externo.

Los resultados nos muestran que los actores principales de la organización hospitalaria están trabajando las variables de la satisfacción en vías diferentes, condición que podría impactar de manera negativa la medición de la satisfacción del usuario, generando concepciones totalmente diferentes para la calidad esperada (concepción del funcionario) y la calidad percibida (concepción del usuario). De manera simultánea, las diferencias significativas reportadas se convierten en elementos críticos de trabajo para la gestión del hospital, con el fin de llegar a satisfacer las necesidades y expectativas del usuario frente a los servicios del hospital y la atención que allí reciben. En ese orden de ideas, sería de gran utilidad comprender y seguir los planteamientos teóricos del modelo de calidad de Bolton y Drew (1991), quien plantean que el resultado positivo de la calidad percibida dependerá del equilibrio o desequilibrio que existe entre la planeación y resultado del servicio y las expectativas de los usuarios; así mismo sería de gran importancia tener en cuenta la propuesta de Morales (2009) frente a los nuevos enfoques de la gerencia en salud, pues este plantea que al corresponder a las expectativas del usuario frente a la atención en salud, resultara un servicio de calidad, por lo tanto si se consideran las diferentes variables tanto administrativas como asistenciales que el usuario considera importantes para sentirse satisfecho, la organización hospitalaria estará

brindando un servicio con calidad que cumple con las expectativas y necesidad del usuario, quien finalmente se sentirá satisfecho con la atención recibida.

Estas diferencias significativas entre usuarios y funcionarios, deberán equilibrarse de forma tal que exista una participación coordinada y satisfactoria para ambas partes, tal y como lo plantea la legislación de nuestro país, específicamente la ley 112 del 2007, en la cual se hace alusión a la importancia del equilibrio entre los actores del sistema con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud. (MinSalud, ministerio de salud y protección social, 2013). Los resultados encontrados en el presente estudio implican que todo aquel funcionario que trabaje en áreas que conlleven trámites administrativos y procedimientos operacionales y/o médicos, debe conocer muy bien la información relacionada directa o indirectamente con estos pues así podrá darla a conocer al usuario de manera clara y concisa, asegurando el éxito de la atención y el cumplimiento de la información como un deber del funcionario y un derecho del usuario.

Los resultados observados en la presente investigación no distan mucho de los resultados que reportan los estudios descritos en la literatura internacional con relación a la valoración de aspectos subjetivos que se explican a través del modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción de los servicios de salud, y de otras dimensiones de evaluación reportadas por autores expertos en el tema tales como Donabedian (1997), Hulka (1971), y Brody (1989), especialmente aquellos relacionados con la importancia de la buena y sana interacción personal entre médico y paciente, la cual también ha sido reglamentada por el Sistema de seguridad social en salud de Colombia, proponiendo el desarrollo de mecanismos de control que garanticen la atención oportuna,

personalizada y humanizada (MinSalud,ministerio de salud y protección social,2013).

Si realizamos un contraste entre los resultados encontrados en estudios nacionales anteriores y los resultados encontrados en nuestra investigación, podemos ver que los usuarios reclaman mayor importancia sobre factores que actualmente presentan falencias en las diferentes organizaciones Hospitalarias del país, tal y como lo reporta Orozco y colaboradores (2011) en su estudio, en el cual afirman que existen falencias en la atención humanizada, la ética profesional y la aplicación errada de procesos administrativos. Estas falencias se relacionan con características que nuestros usuarios participantes calificaron con una alta influencia en el nivel de satisfacción como lo fueron, competencia profesional y coordinación entre los profesionales de la salud y los funcionarios administrativos.

La población usuaria de los servicios de salud que presta el Hospital del Guamo Tolima también resalta la importancia de aspectos como la prestación de un servicio con los elementos necesarios, la calidez humana y competencia profesional del personal médico que los atiende. Sin embargo podríamos decir, que las diferencias significativas entre usuarios y funcionarios, podrían depender del nivel de participación de los actores (usuario, funcionario), frente al desarrollo de las actividades asistenciales y/o administrativas implícitas en cada una de las características evaluadas, usuario antes , durante y después de la atención.

Teniendo en cuenta que Otani (2012) afirma que las variables de evaluación de la satisfacción de los servicios de salud pueden variar de acuerdo al servicio consultado y al tipo de enfermedad por la cual se consulta, sería de

gran interés y aporte, realizar una investigación en la cual se diferencien las variables que se valoran en los servicios de mayor demanda tales como: Consulta externa, urgencias, y promoción y prevención. Este estudio podría explicarnos las diferencias conceptuales de la satisfacción en salud para cada uno de los servicios y nos permitiría priorizar las expectativas de los usuarios y las metas a cumplir en cada uno de estos servicios

Así mismo podría desarrollarse una investigación especificando variables sociodemográficas, pues tal y como lo afirma Haas y colaboradores (2000), los factores de valoración y el nivel de valoración de la satisfacción pueden modificarse de acuerdo a estas.

Teniendo en cuenta que los usuarios demuestran que las condiciones dirigidas a mejorar las estrategias de comunicación de la organización, incluyendo la interacción médico-paciente, sería de gran utilidad desarrollar una investigación dedicada a la exploración sobre las formas de comunicación que existe entre funcionario y usuario, en la cual no solo se estudie las formas y medios de comunicación si no también la calidad y claridad del lenguaje utilizado por los funcionarios médicos y administrativos durante sus momentos de interacción, información y explicación de los trámites administrativos y asistenciales que deben realizar o comprender los usuarios. De la misma forma sería de gran utilidad desarrollar un análisis sobre las características intrapersonales e interpersonales del cuerpo médico de la institución con el fin de determinar si estos tienen un ejercicio profesional influenciado por la comprensión y la calidad humana, entendiendo que este es una condición de alta importancia para los funcionarios.

Debemos resaltar que los resultados de este estudio muestran muy bien la opinión de los usuarios frente a las condiciones que a futuro podrían afectar su percepción sobre la satisfacción, ya que se realizó una distribución rigurosa de los usuarios, estratificando adecuada de la muestra de acuerdo a los servicios más consultados del hospital y el análisis de la fiabilidad del instrumento nos demuestra la veracidad de los resultados.

Este ejercicio resulta ser interesante para comprender la dinámica de las diferentes variables que están implicadas en la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud y en especial porque nos permite realizar una comparación entre las variables importantes para el usuario frente a la variables para el funcionarios, que como vemos distan mucho respecto a las expectativas que se tiene frente a la prestación y al recibimiento del servicio, tal y como lo plantea el modelo de los 5 Gaps de Parasuraman (1994) el cual nos muestra que debemos tener en cuenta la discrepancia entre las expectativas del los usuarios y las percepciones de los directivos (Gap1).

Los resultados del estudio nos deja claro que existen necesidades inmediatas que atender frente a la dirección de la organización y gestión de planes de mejoramiento encaminados a mejorar la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud prestados por la institución, es evidente que aun existen falencias en el direccionamiento, la estrategia, el diseño y la ejecución de planes de mejoramiento como lo menciona Torres (2012). Esto implica entonces que los directores de las organizaciones en salud de nuestro país deben repensar las estrategias, los modelos y las formas de atención al usuario, pues estos no están dando cumplimiento a las necesidades de los usuarios mediante la ejecución de los procesos administrativos que anteceden a la atención hospitalaria.

## **9. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a los resultados reportados se sugiere realizar una plan de gestión basado en el cumplimiento de las expectativas futuras de los pacientes frente a la atención prestada por el hospital, y posterior al diseño y ejecución del mismo, evaluar nuevamente el nivel de satisfacción de los usuarios con el fin de confirmar si estos han mejorado y por lo tanto impacta la calidad de la atención prestada por los funcionarios y recibida por los usuarios.

Sería de gran utilidad para la institución hospitalaria, realizar este ejercicio investigativo con aquellos funcionarios que lleven más de 10 años de actividad laboral, pues son ellos quienes pueden dar fe de la evolución de la institución en términos de satisfacción de los servicios de salud y calidad de los servicios, pues han experimentado esta evolución. Así mismo podría realizarse una medición de los niveles de satisfacción de los servicios de la salud, con usuarios que consulten con frecuencia los servicios del hospital, y así relacionar los altos o bajos niveles de satisfacción, con las características que hoy en este estudio hemos determinado como factores predominantes en la satisfacción del usuario.

Se recomienda realizar el mismo estudio en una institución privada de salud del municipio, con el fin de evaluar si los resultados son distintos a estos, ya que el Hospital San Antonio pertenece al sector público y por lo tanto posee características que lo diferencian de las instituciones que pertenecen al sector privado de la salud y adicionalmente observar los resultados de esta misma medición en una población con características socio demográficas diferentes, pues bien sabemos que la satisfacción del usuario es altamente variable de acuerdo a estas.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- 1011, D. (2013). *Ministerio de la Salud y Protección Social, Republica de Colombia*. Retrieved Enero 15, 2013, from <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>
- El Guamo- Tolima*. (2012). Retrieved noviembre 18 de noviembre, 2012, from Nuestro municipio: <http://elguamo-tolima.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mfx1-&m=f>
- Aljure, D., & Baron, M. C. (2008). *E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO*. Guamo, Tolima: BRC INVESTOR SERVICES S.A.
- Bigne, J. y. (2004). Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción en servicios de ocio y turismo. *Cuadernos de economía y Dirección de la empresa*(21), 89-120.
- Bitner, M. (1990, Abril). Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54.
- Bitner, M. (1990, Abril). Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54, 69-82.
- Bleich, S., & Ozaltin, E. M. (2009). How does satisfaction with the health care system relate to patient experience? *Bull world health Organ*, 271-278.
- Bolton, R. y. (1991). A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*(17), 375-384.
- Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2).
- Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 43-54.
- Brito, P. (2000, Agosto). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 43-54.
- Brody, D., Miller, S., Lerner, C., Smith, D., & Lazaro, C. &. (1989). The relationship between patient's satisfaction with their physician and perceptions about interventions, they desired and received. *Medical Care*, 27(11), 1027-1035.
- Cabello, E., & Chirinos, J. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev Med Hered*, 23(2), 88-95.

- Castillo, J. R. (2004, Septiembre). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Investigación y educación en enfermería, XXII(2)*, 128-137.
- Del Rosal, R. &. (2008, Enero 21). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Revista, Salud pública de México*, 162-172.
- Donabedian, A. (1997, September 23/30). The quality of care; how can it be assessed? *Proques Nursing Journals*, 121, 1743-1748.
- Eiglier, P. L. (1998). *Servucción. El marketing de los servicios*. España: MacGraw Hill.
- Gillmore, C. Y. (1997). *Gerencia de la calidad en salud* (Vol. I). La Habana, Cuba: MINSAP.
- Gomez Payo, S., Del Rio Moro, O., Manrique Garcia, A., & Rodriguez Martin, M. F. (2011, Noviembre 17). Satisfacción del usuario en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo. *Revista de calidad asistencial*, 27(2), 78-84.
- Grönroos, C. &. (1987). Quality of products and services- a tentative synthesis between two models. *Sixth Annual Services Marketing Conference*.
- Grönroos, C. &. (1987). Quality of products and services- a tentative synthesis between two models. *Sixth Annual Services Marketing Conference* (pp. 27-30). San Diego: Höskolan i Karlstad.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Grönroos, C. (1988). New competition of the service economy. *International journal of operations product management*, 8, 9-19.
- Gutierrez, R. (2003). La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad percibida.
- Haas, J., Cook, F., & Puopolo, A. E. (2000). Is the professional satisfaction of General Internists associated with patient satisfaction. *JGIM*, 122-128.
- Henarejos, A., Jordana, M., & Olmo, L. &. (2011, Mayo 28). Valoración de aspectos objetivos y subjetivos en las percepciones de la calidad de los pacientes con cervicgia mecánica que han recibido fisioterapia en centros de atención primaria. (E. España, Ed.) *Fisioterapia*, 33(4), 135-144.
- Hulka, B., Zyzanski, S., Cassel, J., & Thompson, S. (1971). Satisfaction with medical care in a low income population. *Journal of chronic diseases*, 24(10), 661-673.
- Juran, J. (1990). *Planificación para la calidad*. Madrid: Diaz Santos S.A.
- K, A., I, M., & Muhammad Y, e. a. (2012). Patient satisfaction a comparison between Public & Private Hospitals of Peshawar. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(5), 713-722.
- Kerguelen, C. (2008). *Calidad en salud en Colombia. Los principios*. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C.: Scripto Ltda.

- Kerguelen, C. (2008). *Calidad en salud en Colombia. Los principios*. 1-233. Bogotá D.C.: Scripto Ltda.
- Landeau, R. (2007). *Elaboracion de Trabajo de Investigacion*. Caracas, Venezuela: Editorial.
- Lavielle, M. d., Ceron, M., Tovar, P., & Bustamante, J. (2008). Satisfaccion con la atencion a la salud. La perspectiva del usuario. *Revista medica institucional Mexico Seguro Social*, 46(2), 129-134.
- Lerma, H. (2004). *Metodología de la Investigacion: propuesta, anteproyecto y proyecto*. (Tercera ed.). Bogotá, Colombia: Ecoe ediciones.
- Miranda, A., & Hernandez, L. y. (2009). Calidad de la atención al adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*, 25(3), 11-24.
- Morales, C. (2009). *Nivel de satisfaccion de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atencion de enfermeria en una institucion de primer nivel de atencion en salud, en Mistrato Risaralda*. Bogota D.C.: Pontificia Universidad Javeriana.
- Morales, C. (2009, Mayo). Nivel de satisfaccion de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atencion de enfermeria en una institucion de primer nivel de atencion en salud, en Mistrato Risaralda. 1-75. Bogota D.C., Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Narey, B. (2011). Calidad de la atencion en salud. In B. Narey, *Control de la calidad de la atención en salud* (Segunda Edicion ed., pp. 56-71). La Habana, Cuba: Ecimed, Editorial ciencias medicas.
- Olivar, D., & Rueda, M. &. (2007). *Encuesta satisfaccion de usuarios del servicio de urgencias, Hospital Local del Norte, ISABU*. Santander: Instituto de ciencias de la salud CES & Universidad Autonoma de Bucaramanga.
- Olivar, D., & Rueda, M. &. (2007). *Encuesta satisfaccion de usuarios del servicio de urgencias, Hospital Local del Norte, ISABU*. Santander: Instituto de ciencias de la salud CES & Universidad Autonoma de Bucaramanga.
- Organizaciòn Mundial de la Salud. (1996). *Manual sobre Tendencias Contemporàneas en la Gestiòn de la Salud*. Ginebra.
- Orjuela, A., Gonzalez, L., & Betancourt, J. &. (2009). *Evaluacion de los servicios de salud que brindan las Entidades Promotoras de Salud: indice de satisfaccion de usuarios de salud ISUS*. Bogotá: Defensoria del Pueblo.
- Orjuela, A., Gonzalez, L., & Betancourt, J. &. (2009). *Evaluacion de los servicios de salud que brindan las Entidades Promotoras de Salud: indice de satisfaccion de usuarios de salud ISUS*. Defensoria del pueblo, Bogotá.
- Orozco, B., & Trujillo, L. &. (2011). *Nivel de satisfaccion del usuario en el servicio de consulta externa del hospital departamental San Jose de Marulanda Caldas - ESE*. Manizales: Universidad Catolica de Manizalez.
- Orozco, B., & Trujillo, L. &. (2011, Abril). Nivel de satisfaccion del usuario en el servicio de consulta externa del hospital departamental San Jose de

- Marulanda Caldas - ESE. 1-49. Manizales: Universidad Católica de Manizales.
- Otani, K. (2012, Julio-Agosto). Patient Satisfaction: how patient health conditions influence their satisfaction. *Journal of health care management*, 57(4), 276-292.
- Palacio, J. (2013). *Derecho a la Seguridad Social en Salud*. Retrieved 07 02, 2013, from Corte constitucional de Colombia: [www.corteconstitucional.gov.co](http://www.corteconstitucional.gov.co)
- Parasuraman, A. y. (1994, January). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 111-124.
- Parasuraman, A. V. (1988). SERVQUAL. A multiple - item scale for Measuring Consumer perceptions of Service Quality of Retailing. 64(1), 1276-1284.
- Riveros, J., Berné, C., & Mugica, J. M. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista medica de Chile*, 138, 630-638.
- Sanchez, A. (2005). *Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan HGO*. Trabajo de Grado, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca.
- Satorres, M. (2008, abril). Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. Castellón de la Plana.
- social, M. d. (2013, Enero 13). *MinSalud, ministerio de salud y protección social*. Retrieved Enero 21, 2013, from Normatividad: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- Torres, S. (2012). *PROPUESTA DEL PLAN PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACION DE LA GESTION DE LA GERENTE DEL HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E, GUAMO TOLIMA PERIODO 2012*. Guamo.
- Velasquez, L. &. (2009). Velasquez, Lourdes; Del Rosal, Rafael. *Medicos y medicas, estilos asistenciales distintos: ¿Satisfacción diferente de los usuarios*, 277-284.
- Ware, J., & Snyder, M. (1975). Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, 13, 669-682.
- Wolf, M., Putnam, S., Sherman, J., & Stiles, W. (1978, mayo 31). The medical interview satisfaction scale: development of a scale to measure patient perception of Physician behavior. *Journal of behavioral Medicine*, 1(4), 391-401.