

Evaluación del servicio de urgencias en un hospital público a través del modelo Servperf

ANTONIO DE JESÚS VIZCAÍNO¹
VANESSA DEL PILAR VIZCAÍNO MARÍN²
*JUAN ANTONIO VARGAS BARRAZA**

RESUMEN

Estudio en el que se evalúa la calidad del servicio del área de urgencias de un hospital público desde la percepción de los pacientes atendidos, con un enfoque cuantitativo siendo de tipo descriptivo transversal y correlacional. El objetivo fue identificar los niveles de satisfacción e insatisfacción para evaluar la calidad del servicio desde las dimensiones del modelo SERVPERF. La selección de datos fue por muestreo aleatorizado, utilizando la encuesta en su modalidad de cuestionario para la recolección de datos, midiendo la percepción de la calidad y satisfacción del servicio, el procesamiento de datos fue a través del software SPSS versión 20 y se utilizó estadística descriptiva así como análisis de varianza. Entre los principales resultados el servicio independientemente del turno y día es homogeneizado influyendo factores extrínsecos relacionados directamente con el paciente, así mismo existen mayores niveles de satisfacción que insatisfacción en las cinco dimensiones analizadas del servicio hospitalario.

Palabras clave: Calidad, satisfacción, dimensiones del servicio.

ABSTRACT

Study in which quality is assessed emergency department of a public hospital from the perception of patients treated with a quantitative approach being transverse and correlational descriptive evaluated. The objective was to identify levels of satisfaction and dissatisfaction to assess the quality of service from the model dimensions SERVPERF. Data selection was by random sampling, using the survey as a form of questionnaire for data collection by measuring the perception of quality and service satisfaction, data processing was through the software SPSS version 20 and statistics were used description and analysis of variance. Among the main results service regardless of day shift is homogenised and extrinsic factors influencing directly related to the patient, also there are higher levels of satisfaction than dissatisfaction in the five dimensions analyzed hospital service.

Keywords: Quality, satisfaction, service dimensions

¹ *Profesor investigador del Departamento de Mercadotecnia y Negocios Internacionales-Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas-UDG.

² Médico Residente de Ginecología y Obstetricia CMNO

Introducción

Los servicios en el sector salud son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria, siendo la salud de la población un elemento esencial para el desarrollo económico de cualquier país y una prioridad de las políticas públicas, con la finalidad de buscar y mantener el bienestar social.

Los siguientes datos muestran un panorama mundial en materia de salud (CINU, 2015) que ponen en entre dicho las políticas públicas de los países: *Cada día mueren cerca de 800 mujeres por complicaciones del embarazo y el parto, se calcula que en el mundo hay 2500 millones de personas en riesgo de ser infectadas por el virus del dengue, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial revelan que 400 millones de personas carecen de acceso a los servicios sanitarios básicos y el 6% de la población de los países de ingresos bajos y medios ha traspasado el umbral de pobreza extrema debido a los gastos médicos.*

En cuestión de servicios sanitarios el “Informe sobre la salud en el mundo 2013” editado por la (OMS, 2013) hace referencia a ciertas funciones, que todos los sistemas de salud deberían cumplir: *“Acceso a los medicamentos esenciales y productos sanitarios, personal de salud motivado y cualificado, accesible a las personas que atiende, servicios integrados y de calidad, centrados en el paciente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta la terciaria así como una combinación de programas prioritarios de promoción de la salud y control de las enfermedades, incluidos los métodos de prevención y tratamiento, integrados en los sistemas de salud.”*, pero quizá la realidad sea totalmente diferente para cada país y a su interior, ya que en las instituciones de salud dentro del sector público, existe escases de medicamentos e insumos hospitalarios para trabajar, el personal está sobre saturado de trabajo por la demanda del servicio, donde la motivación y al cualificación se diluyen ante las jornadas excesivas, además de la falta de educación en y para la salud por parte de la población, por señalar algunos factores. En México, desde el año 2000 el número de médicos per cápita se ha incrementado sustancialmente, pasando de 1.6 médicos por cada 1,000 habitantes, a 2.2 en el año 2012. Sin embargo esta cifra sigue siendo inferior al promedio que establece la OCDE, el cual es de 3.2 (OCDE, 2014). En lo que respecta al estado de Jalisco, La Secretaria de Salud de Jalisco es la encargada de conducir el Sistema de Salud en el Estado, a través de coordinar los programas de promoción y prevención, fomento y regulación sanitaria, y servicios de salud a la persona, con la plena participación de la sociedad (SSJ, 2013). Su misión es mejorar la salud de los Jaliscienses con servicios basados en la equidad, calidad y humanismo y con plena participación de la sociedad. Algunos de sus principales objetivos son:

- Mejorar el nivel de salud de los Jaliscienses.
- Abatir las inequidades que dañan a los que menos tienen.
- Enfrentar los nuevos retos de la Salud Pública.

- Procurar la máxima satisfacción de necesidades y expectativas de la población.
- Lograr la mejor vinculación y rectoría dentro y fuera del Sector.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La calidad en los servicios de salud

Antes de hablar de la calidad que debe prevalecer en los servicios de salud, es necesario conceptualizar el término en el campo de los servicios, siendo un concepto que ha despertado gran interés y debate en la literatura de investigación, debido a la subjetividad que puede representar el hecho de aplicar el término a un elemento intangible. Al derivarse la calidad de la cuestión subjetividad, el ejemplo más claro lo planteó Ishikawa, (1986) en la siguiente definición: “de manera sintética, calidad significa calidad del producto. Más específicamente, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc.” Algunos otros autores definen calidad de la siguiente manera: (Deming, 1989), determinó que en el campo de la producción de bienes tangibles la “calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles; solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente”. Sin embargo Drucker comenzó a establecer la importancia que la calidad representa en la prestación de los servicios como un bien intangible, al considerar que “la calidad no es lo que se pone dentro de un servicio, es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar” (Drucker, 1990). Se considera que “la palabra calidad tiene múltiples significados. Dos de ellos son los más representativos de acuerdo a (Juran, 1990): 1) La calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto. 2) Calidad consiste en libertad después de las deficiencias.”, que al traducir estos significados en el sector servicios, significaría que el servicio identifique claramente las necesidades del cliente o usuario para que el proceso, las actividades y el personal, orienten sus acciones a la búsqueda constante de satisfacción. No hay que olvidar que la calidad se produce durante la prestación del servicio, generalmente en una interacción entre el cliente y el personal de contacto de la organización, por lo que la calidad del servicio depende en gran medida del desempeño de los empleados y de la cultura de la organización cuando ésta está orientada claramente hacia el cliente. La calidad de servicio se puede definir como la diferencia entre las expectativas del cliente acerca del servicio y el servicio percibido. Si las expectativas son mayores y la calidad del servicio es menor, la insatisfacción del cliente se produce (Lewis & Mitchell, 1990), por lo que al ser la calidad un concepto subjetivo, no posee una definición específica que se pueda tomar como absoluta, puesto que “es el consumidor quien determina qué es la calidad” (Cobra, 2000). La

calidad está relacionada con las percepciones de cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie, y diversos factores como la cultura, el producto o servicio, las necesidades y las expectativas; ya que influyen directamente en esta definición. La calidad se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, un cumplimiento de requisitos. La calidad, en relación a los productos y/o servicios, tiene varias definiciones, como que el producto o servicio se ajuste a las exigencias de los clientes, el valor añadido, algo que no tienen los productos o servicios similares, la relación costo-beneficio, etc. Una visión actual del concepto de calidad indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido (Keneth, 2011). Se puede concluir que hablar de calidad es una percepción subjetiva cuya base está en la superación de expectativas auto-realizadas de una necesidad o deseo, que demuestre fiabilidad para una grata experiencia durante y después de la vida útil del servicio consumido.

Satisfacción del servicio.

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

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

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

El modelo SERVPERF en la evaluación del servicio

Cronin y Taylor (1992) y (1994) mediante una serie de estudios empíricos realizados en distintas organizaciones de servicios, llegaron a la conclusión de que el modelo SERVQUAL de calidad de servicio, propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry no era el más adecuado para evaluar la calidad del servicio, ya que este evaluaba a su vez las expectativas y la percepción del servicio, cuya diferencia significarían las distancias entre lo que espera recibir el cliente y lo que finalmente recibe, por lo que investigaron la capacidad de medición de una escala más concisa que la anterior basada exclusivamente en el desempeño, es decir, medir solamente la satisfacción del servicio o lo que se conoce como la percepción del servicio producto de la experiencia obtenida, retomando los mismos

ítems propuestos por el modelo Servqual, cuya escala fue denominada modelo SERVPERF (Díaz M. & García M., 2008). Hay que precisar que la escala SERVPERF se fundamenta únicamente en las percepciones, eliminando las expectativas y reduciendo entonces a la mitad las preguntas planteadas originalmente del modelo SERVQUAL. El modelo emplea únicamente las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño percibido del modelo SERVQUAL. El razonamiento que fundamenta el SERVPERF está relacionado con los problemas de interpretación del concepto de expectativa, en su variabilidad en el transcurso de la prestación del servicio, y en su redundancia respecto a las percepciones.

Metodología del estudio de evaluación del servicio de urgencias

Para llevar a cabo la investigación en el área de urgencias del hospital público, se utilizó el método cuantitativo, éste se orientó a la recolección de datos de los pacientes atendidos, a fin de evaluar los resultados obtenidos de la encuesta aplicada, y mostrando la información recabada de manera estadística para su interpretación, Fernández (2005). El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. En la parte descriptiva se apoyó en lo que plantea Ávila (2006), al considerar que estos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. En lo que corresponde a la parte transversal se retomó lo que Navarro (2004), expone cuando los datos de cada caso observado se recogen en un intervalo de tiempo corto. Razón por la cual se le conoce como un estudio de corte transversal, como si simbólicamente se efectuase un corte en el tiempo. En general, se parte del supuesto de que en un estudio transversal los resultados obtenidos pertenecen a una muestra representativa de la población objeto de estudio. La técnica de investigación utilizada fue la encuesta, que según García Ferrando (1993), es “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características”. Se diseñó un cuestionario como herramienta de investigación, debido a que la encuesta es una manera práctica y eficiente de conocer la percepción de los pacientes que acudieron a recibir atención al área de urgencias del hospital, conforme al servicio que recibieron durante su estancia, además de ser la técnica que mejor se adecuó para la extracción de información en masa dentro de dicho servicio hospitalario. Los horarios en que se aplicó el estudio de acuerdo a lo que señala Cantoni (2009), al ser un muestreo casual precisa que se debe llevar a cabo en un lugar fijado y con un horario

determinado, basados en éstas afirmaciones las encuestas aplicadas fueron en dicho servicio de urgencias y tres horarios determinados, matutino, vespertino y nocturno para de esta manera cubrir un horario de 24 horas, durante el lapso de una semana de recolección de información.

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

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

Para evaluar el servicio se utilizaron 14 reactivos, mediante escala likert, calificando 1 (Totalmente insatisfecho), 2 (Insatisfecho), 3 (Ni insatisfecho, ni satisfecho), 4 (Satisfecho) y 5 (Totalmente satisfecho), a fin de responder a las hipótesis que se plantearon en el estudio: Influye el día y la hora de atención en la homogeneidad del servicio; existe una diferencia en la percepción del servicio entre los pacientes satisfechos y los no satisfechos. La muestra fue de 247 encuestas, cuyo manejo estadístico comprendió: análisis univariante de los datos, análisis de la validez de constructo y de criterio, análisis discriminante y análisis de la fiabilidad. Para la realización del análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0.

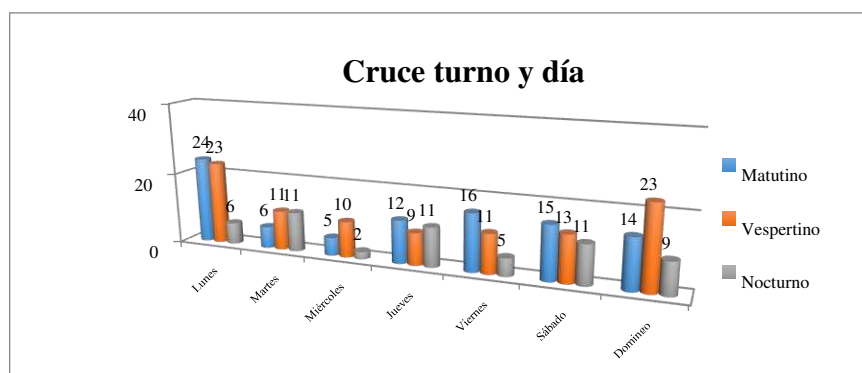
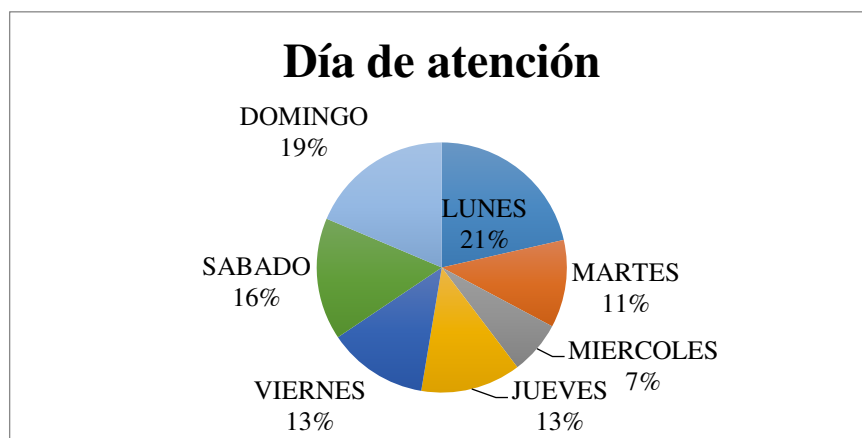
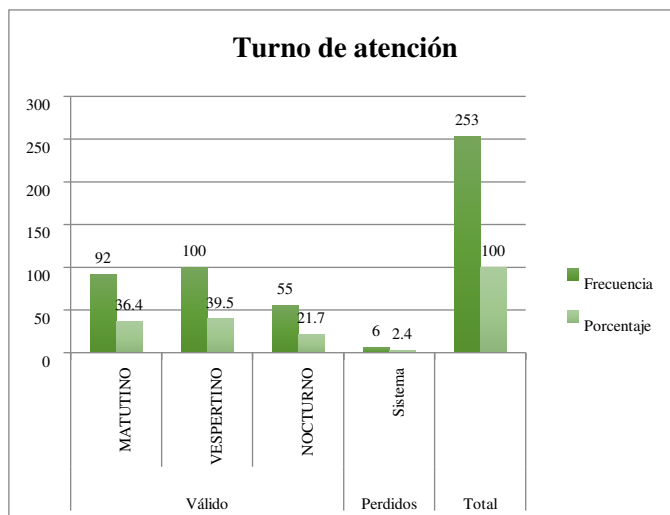
Dentro de los resultados obtenidos en el análisis univariante, el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se efectuó mediante el cálculo de la media, desviación típica, mediana y rango intercuartílico. La descripción de las variables categóricas se desarrolló mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los valores medios se compararon mediante las pruebas t de student y análisis de la varianza (ANOVA) y la comparación de proporciones se realizó con la prueba chi cuadrado. Se consideró para todos los tests el nivel de significación de p menor 0,05. En el análisis de validez del constructo se evaluó mediante la técnica del análisis factorial exploratorio de componentes principales, seguido de rotación varimax para conseguir una mejor comprensión de la matriz resultante. Hay que precisar que el análisis factorial es un método estadístico de análisis multivariante que intenta explicar la variabilidad de un conjunto extenso de variables observables mediante un número reducido de variables hipotéticas llamadas factores. Su objetivo es identificar un número relativamente pequeño de factores que pueden ser utilizados para representar la relación existente entre un conjunto de variables intercorrelacionadas, con una pérdida mínima de información. Como resultado del análisis se obtuvo una matriz factorial que indica la relación entre los factores y las variables. Se utilizó el criterio de que una variable deberá superar una puntuación de 0,5 para poder ser incluida en uno de los componentes. Para una mejor interpretación de la matriz resultante se aplicó una rotación varimax que consistió en “girar” los ejes de coordenadas con el objetivo de aumentar las saturaciones (influencia de cada variable en el factor) más altas en un factor y disminuir las más bajas para que el factor sea más fácilmente interpretable, explicando la matriz el mismo porcentaje de la varianza. Así, se pudieron determinar más fácilmente las variables que forman parte de cada factor, analizando las saturaciones de cada variable en los distintos factores. De forma previa a la interpretación del resultado de la técnica se comprobaron los supuestos de aplicación de la misma mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), el test de esfericidad de Barlett y el determinante de la matriz de correlaciones. El coeficiente de KMO fue mediante una comparación de la suma cuadrática de los coeficientes de correlación parcial entre todos los pares de variables y los coeficientes de correlación observados, partiendo de la premisa de que los

valores bajos implican que las correlaciones entre cada pareja de variables no pueden explicarse por otras, de forma que no puede utilizarse el análisis factorial, y valores próximos a 1 suponen la presencia de factores comunes indicando una alta correlación entre variables y por tanto la idoneidad de este análisis. El test de esfericidad de Barlett comprueba la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones observada es una matriz de identidad, es decir, que los coeficientes de la diagonal de la matriz son iguales a la unidad y que la interrelación entre las variables es igual a cero. El determinante de la matriz de correlaciones es un indicador del grado de intercorrelaciones que aporta información conjunta sobre la adecuación o no de la utilización del análisis factorial. Cuanto menor sea el valor del determinante está indicando una mayor presencia de intercorrelaciones, y una mayor adecuación del empleo del análisis factorial. Para facilitar la decisión sobre el número de factores a extraer se realizó un gráfico de sedimentación consistente en una gráfica que representa en el eje de ordenadas los autovalores y en las abscisas el número de componentes principales. Los factores se seleccionaron hasta observar un alisamiento de la pendiente de la línea de puntos, que indica una fuerte disminución de la varianza explicada por cada factor. Esto, junto con la consideración del porcentaje de varianza explicado por cada factor condujo a la decisión sobre el número de factores definitivos.

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

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN AL CRUZAR DÍA Y HORA DE ATENCIÓN

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

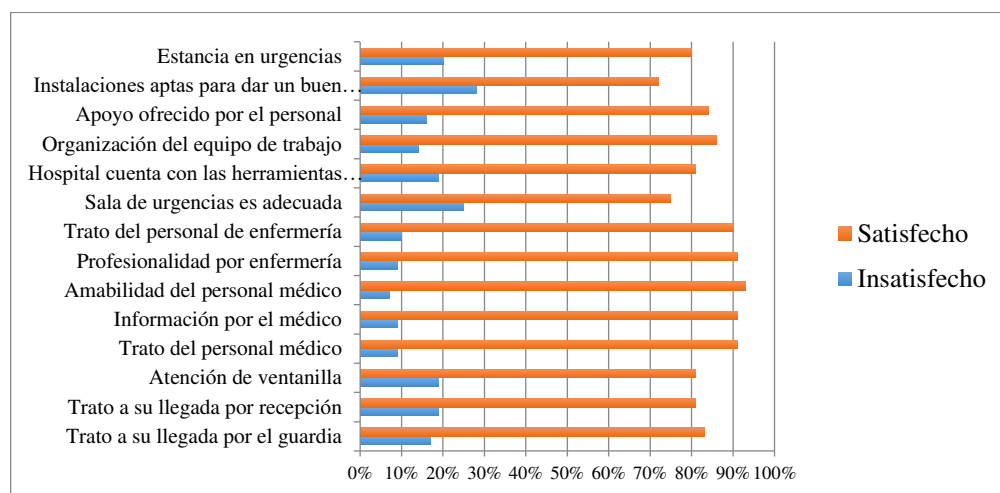


Test Estadístico	Valor	Df	Valor-p
Pearson Chi-Square	20.469	12	0.059
ContinuityAdjusted Chi-Square	15.195	12	0.231
Likelihood Ratio Chi-Square	20.478	12	0.059

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

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

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



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

Tabla de análisis de F estadístico

ANÁLISIS DE VARIANZA						
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Prueba bilidada	Valor crítico para F
Entre grupos	1647.066	14	117.647619	0.2	0.992	1.8602
Dentro de los grupos	23833.6	60	397.2266667	96	53	423
Total	25480.66	74				
Total	24300.66	74				
	67					

Con la anterior tabla se compararon las medias de los grupos, este procedimiento de ANOVA se utilizó para el diseño completamente aleatorio y es una extensión de la prueba t de varianza conjunta para la diferencia entre dos o más medias. La variación dentro de los grupos mide la variación aleatoria, y la variación entre los grupos se debe a la diferencia que existe de un grupo a otro, valor de $F^{\text{estad}} = 0.296$ es menor que $F = 1.84$, se acepta la hipótesis nula, y se concluye que hay una diferencia significativa entre los pacientes satisfechos y los pacientes no satisfechos.

¿Qué sugiere para brindarle un mejor servicio en el área de urgencias?

Los pacientes manifestaron una serie de sugerencias para mejorar la calidad del servicio en el área de urgencias, presentándose en la siguiente tabla las principales aportaciones:

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

CONCLUSIONES

- La percepción del servicio del hospital es homogéneo independientemente del día y hora de atención, por lo que la hipótesis se rechaza.
- Existen mayores niveles de satisfacción que insatisfacción con base en los resultados analizados de las 5 dimensiones del servicio, por lo que el área de urgencias cuenta con ventajas competitivas que debe mantener y desarrollar procesos de mejora en instalaciones y personal de recepción.
- Se reconoce la capacidad del equipo médico para dar solución a las complicaciones y enfermedades de los pacientes atendidos, valorando como una ventaja competitiva el trato recibido por estos profesionales y la información otorgada respecto a sus condiciones de salud.
- Se destaca el profesionalismo y atención del personal de enfermería a diferencia de la atención recibida por el personal de recepción, ubicado en el área de ingreso al servicio de urgencias.

- Se presentan factores extrínsecos a la institución con relación a la calidad del servicio considerando que el principal elemento que influye es el propio estado de salud que manifiesta el paciente al demandar atención en el servicio de urgencias.
- Los pacientes sugieren que el hospital valore la remodelación y espacios en el área de urgencias para garantizar una mayor calidad en el servicio, así mismo poner énfasis en la limpieza en general y específicamente en sanitarios.
- De acuerdo a los resultados del estudio los pacientes proponen mayor incremento de personal de camillería para agilizar la demanda en los diferentes servicios requeridos durante su atención hospitalaria.
- Los resultados obtenidos en el estudio reflejan que en los servicios hospitalarios públicos se debe cuidar el trato y atención de todo el personal así como las instalaciones para garantizar servicios de salud de calidad.

REFERENCIAS

- Baray, H. L. Á. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. México: Eumed.
- Cantoni, N. (2009). Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista argentina de humanidades y ciencias sociales*, 7(2).
- CINU, Centro de Información de las Naciones Unidas. (2015). Salud. Temas de interés. *CINU*. Recuperado de: <http://www.cinu.mx/temas/salud/>
- Cobra, M (2000). *Marketing de Servicios: Estrategias para Turismo, Finanzas, Salud y Comunicación*. Colombia. McGraw-Hill Interamericana, S.A.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1994).): Servperf versus servqual: Reconciling performance- based and perceptions- minus- expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*. (58).
- Deming, W. E., & Medina, J. N. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos.
- Mestanza, J. G., & Muñoz, R. D. (2008). Comparativa entre distintos sistemas de mediación de calidad de servicio. *Esic market*, (130), 27-97.
- Druker, P. (1990). *Services Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Fernández, A. (2005). *Investigación y técnicas de mercado*. México: Esic.
- García Ferrando M, García M, Ibáñez J, Alvira F. (1993). *Métodos y técnicas de Investigación*. Madrid: La encuesta.
- Gerson, R. (1996). *Cómo Medir La Satisfacción del Cliente*. México: Grupo Editorial Iberoamérica.

- Ishikawa, K., & Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es control total de la calidad?*. Bogotá: Editorial Norma.
- Juran, J. M., Medina, J. N., & Ballester, M. G. (1990). *Juran y el liderazgo para la calidad: manual para ejecutivos*. Ediciones Díaz de Santos.
- Keneth, A. (2011). Concepto de Calidad. *CreceNegocios*. Recuperado de: <http://www.crecenegocios.com/concepto-de-calidad/>
- Kotler, P. (2013). *Fundamentos del marketing*. México: Editorial Pearson Education.
- Kotler, P. (2004). *Marketing*. Madrid: PEARSON.
- Levesque, T., y Gordon M. (1996). Determinants of customersatisfaction in retail banking. *International Journal of Bank Marketing*, 14 (7),12 - 20. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/02652329610151340>
- Lewis, B. R., & Mitchell, V. W. (1990). Defining and measuring the quality of customer service. *Marketing intelligence & planning*, 8(6), 11-17.
- Zineldin, M. (2000). Beyond relationship marketing: technologicalship marketing. *Marketing Intelligence & Planning*, 18(1), 9-23.
- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2014). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación. Recuperado de:<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la salud. OMS. (2013). Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/campaigns/world-healthday/2015/event/es/>
- Restrepo, F., Gonzalo, J., Restrepo Restrepo, J. C., & Sánchez Giraldo, J. C. (2014). Marketing management: a competitiveness contribution to small enterprises in the services sector in Medellin, Colombia. *Pensamiento & Gestión*, (37), 150-174.
- Secretaría de Salud Jalisco. (2013). Servicios y programas. México. Recuperado de: <http://ssj.jalisco.gob.mx/servicios-y-programas/programas/busqueda>.
- Thompson, I. (2005). La satisfacción del cliente. *Promonegocios*. Recuperado de: http://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/pos/MD/MM/AM/03/Satisfaccion_del_Cliente.pdf