

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE UNA IPS DE FISIOTERAPIA:  
ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA SERVQUAL**

**JHON FERNANDO OROZCO LARA  
PAULO CESAR CHICANGANA ROJAS**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES, ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
POPAYÁN  
2015**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE UNA IPS DE FISIOTERAPIA:  
ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA SERVQUAL**

**JHON FERNANDO OROZCO LARA  
PAULO CESAR CHICANGANA ROJAS**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
**ADMINISTRADOR DE EMPRESAS**

Director

**AUGUSTO RODRÍGUEZ OREJUELA**  
PhD. en Ciencias de la Administración con énfasis en Marketing  
**Universidad del Valle**

Codirector

**DIEGO CÁCERES BARAJAS**  
Especialista en Marketing Estratégico y Gerencia de Proyectos  
**Universidad del Cauca**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES, ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS**  
**PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**POPAYÁN**

**2015**

Nota de aceptación:

El presente trabajo de grado fue aprobado por el director del Programa de Administración de Empresas y los jurados evaluadores.

\_\_\_\_\_  
Director del Programa de Administración de Empresas

\_\_\_\_\_  
Jurado

\_\_\_\_\_  
Jurado

\_\_\_\_\_  
Jurado

Popayán, agosto de 2015

## Agradecimientos

*Agradecemos al Programa de Administración de Empresas de la Universidad del Cauca;  
al Grupo de Investigación en Marketing (GIM) de la Universidad del Valle;  
y especialmente al Dr. Augusto Rodríguez Orejuela, director de  
nuestra investigación, por su incondicional apoyo y enseñanza.*

*A mis padres, por su confianza y sus consejos;  
a mis maestros, por el conocimiento transmitido;  
a mis compañeros de Universidad y amigos por su apoyo y amistad.  
- Jhon Fernando*

*A Dios, por su presencia y guía permanente;  
a mis padres, por darme las bases de la vida y su infinito amor y entrega;  
a mis hermanos, por toda una vida compartida;  
a mis amigos y familiares por su valioso cariño y apoyo.  
- Paulo Cesar*

“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades  
para su propia producción o construcción”

- Paulo Freire -

## **Resumen**

La calidad ya no es un tema de exclusiva competencia de las empresas industriales o productoras de bienes. La calidad en el servicio juega un papel fundamental para la búsqueda de ventajas competitivas, y es el cliente quien en última instancia puede juzgarla. Más aun en servicios públicos y en sectores como el de la salud, donde el bienestar del usuario depende de la calidad del servicio recibido. Actualmente en Colombia se presenta mucha inconformidad en este sector, y algunos usuarios recurren a vías legales para reclamar derechos vulnerados por el mal funcionamiento del sistema. Las Instituciones Prestadoras del Servicio (IPS) no han sido ajenas a esta problemática. Por esta razón, este proyecto de investigación busca evaluar la calidad del servicio percibido por los usuarios de la IPS ABS Ltda., ubicada en la ciudad de Popayán, departamento del Cauca, mediante la utilización del instrumento SERVQUAL.

Palabras clave: Calidad, servicio, servicios públicos, salud, SERVQUAL.

## **Abstract**

Quality is no longer an exclusive matter of industrial companies or manufacturing producing supplies companies. The service quality plays a vital role searching competitive advantages, and at the end it is the client who judges it. Even more in public services and in health care area, where the user welfare depends of the quality of the service received. Currently in Colombia there is a huge discontent in this area, and some users resort to legal means to claim for the violated rights by the malfunction of the system. Health care providers have not been strange of this problematic. By this reason, this research project aims to assess the quality service provided to the users of ABS Ltda. located in Popayán, Cauca by means of SERVQUAL scale.

**Keywords:** Quality, service, public service, health, SERVQUAL.

## Tabla de contenido

Resumen .....	iii
Tabla de contenido.....	v
Lista de tablas .....	ix
Introducción.....	1
1. Aspectos generales de la investigación .....	3
1.1 Planteamiento del problema .....	3
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Objetivos.....	5
1.3.1 Objetivo general. ....	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 Justificación .....	6
1.5 Diseño metodológico.....	7
1.5.1 Tipo de estudio. ....	8
1.5.2 Instrumento para la recopilación de la información. ....	9
1.5.3 Unidad de análisis.....	9
1.5.4 Población objeto de estudio.....	10
1.5.5 Tamaño de la muestra.....	10
1.5.6 Tipo de muestreo. ....	11
1.5.7 Prueba piloto.....	12
1.5.8 Análisis de los resultados. ....	12

2. Marco referencial.....	14
2.1 Marco empresarial .....	15
2.1.1 Estrategias de atención. ....	16
2.2 Marco teórico.....	16
2.2.1 Sistemas de salud.....	17
2.2.2 Reseña del sistema de salud en Colombia.....	17
2.2.3 Financiación del sistema de salud. ....	20
2.2.4 Prestadores del servicio de salud.....	21
2.2.5 La Fisioterapia en Colombia.....	22
2.2.6 Tipos de terapia. ....	23
2.2.6.1 Terapia respiratoria.....	24
2.2.6.2 Terapia ocupacional.....	24
2.2.6.3 Hidroterapia.....	25
2.2.7 Marketing. ....	26
2.2.8 Servicios. ....	27
2.2.9 Marketing de servicios.....	28
2.2.10 Percepción. ....	31
2.2.11 Calidad.....	32
2.2.12 Satisfacción versus calidad del servicio. ....	34
2.2.13 Calidad del servicio. ....	35
2.2.14 Calidad en los servicios públicos. ....	38
2.2.15 SERVQUAL.....	42



2.2.16	Estudios referentes al SERVQUAL. ....	46
2.2.17	Modelo de los Gaps. ....	49
2.2.18	Causas potenciales de las deficiencias en el servicio. ....	50
2.2.18.1	Deficiencia 5. ....	50
2.2.18.2	Deficiencia 1. ....	51
2.2.18.3	Deficiencia 2. ....	51
2.2.18.4	Deficiencia 3. ....	52
2.2.18.5	Deficiencia 4. ....	53
2.3	Marco conceptual ....	55
3.	Resultados. ....	58
3.1	Análisis de los resultados ....	59
3.1.1	Caracterización. ....	60
3.1.2	Nivel de satisfacción con el servicio. ....	64
3.1.3	Nivel de importancia de las cinco dimensiones de la calidad del servicio. ....	70
3.2	Calidad del servicio – modelo SERVQUAL. ....	73
3.2.1	Índice de Percepción de la Calidad del Servicio. ....	73
3.2.2	Puntaje SERVQUAL total y por Dimensiones ....	74
3.2.2.1	Elementos tangibles. ....	78
3.2.2.2	Fiabilidad. ....	80
3.2.2.3	Capacidad de respuesta. ....	83
3.2.2.4	Seguridad. ....	85
3.2.2.5	Empatía. ....	87

3.2.3 Matriz de importancia/desempeño.....	90
4. Conclusiones.....	92
4.1 Nivel de importancia de las dimensiones .....	92
4.2 Percepciones y expectativas .....	94
5. Recomendaciones .....	99
5.1 Plan de mejora .....	103
5.2 Implicaciones gerenciales.....	107
5.3 Implicaciones académicas .....	109
Lista de referencias .....	111
Apéndices .....	118

## Lista de tablas

Tabla 1. Población por tipo de terapia.....	10
Tabla 2. Muestreo estratificado .....	11
Tabla 3. Estructura metodológica.....	13
Tabla 4. Conceptos de Marketing.....	26
Tabla 5. Clasificación de los Servicios Públicos.....	39
Tabla 6. Estudios recientes de la escala SERVQUAL .....	47
Tabla 7. Resultados de expectativas y percepciones por dimensiones de calidad. ....	75
Tabla 8. Brechas de las dimensiones por género y rango de edad. ....	77
Tabla 9. Brechas de las dimensiones por tipo de terapia.....	77
Tabla 10. Calificaciones promedio por Declaraciones - Elementos tangibles. ....	78
Tabla 11. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes - Elementos tangibles .....	79
Tabla 12. Calificaciones promedio por Declaraciones - Fiabilidad. ....	80
Tabla 13. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes - Fiabilidad.....	82
Tabla 14. Calificaciones promedio por Declaraciones - Capacidad de respuesta.....	83
Tabla 15. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes – Capacidad de respuesta. ....	84
Tabla 16. Calificaciones promedio por Declaraciones - Seguridad. ....	85
Tabla 17. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes – Seguridad.....	86
Tabla 18. Calificaciones promedio por Declaraciones - Empatía. ....	87

Tabla 19. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes - Empatía.....	89
Tabla 20. Recomendaciones por brechas y nivel de importancia.....	101
Tabla 21. Causas de problema 1 .....	104
Tabla 22. Actividades para estrategia 1 .....	105
Tabla 23. Causas de problema 2.....	105
Tabla 24. Actividades para estrategia 2.....	106
Tabla 25. Causas de problema 3.....	106
Tabla 26. Actividades para estrategia 3.....	107

### **Lista de figuras**

<i>Figura 1.</i> Estructura del sistema general de seguridad social de salud en Colombia.....	18
<i>Figura 2.</i> El proceso de decisión del consumidor. ....	30
<i>Figura 3.</i> Agrupación de las dimensiones de calidad del servicio. ....	44
<i>Figura 4.</i> Modelo SERVQUAL. ....	44
<i>Figura 5.</i> Modelo conceptual de la calidad del servicio.....	49
<i>Figura 6.</i> Deficiencia 5.....	50
<i>Figura 7.</i> Deficiencia 1.....	51
<i>Figura 8.</i> Deficiencia 2.....	52
<i>Figura 9.</i> Deficiencia 3.....	53
<i>Figura 10.</i> Deficiencia 4.....	53

<i>Figura 11.</i> Modelo del proceso para la medición y perfeccionamiento continuos de la calidad del servicio.....	54
<i>Figura 12.</i> Evaluación del Cliente sobre la Calidad del Servicio. ....	56
<i>Figura 13.</i> Género de los usuarios.....	60
<i>Figura 14.</i> Rango de edad de los usuarios.....	60
<i>Figura 15.</i> Nivel educativo de los usuarios.....	61
<i>Figura 16.</i> Tipo de ocupación de los usuarios.....	62
<i>Figura 17.</i> Estrato socioeconómico de los usuarios. ....	62
<i>Figura 18.</i> Tipo de terapia de los usuarios.. ....	63
<i>Figura 19.</i> Tipo de entidad remitente de los usuarios. ....	63
<i>Figura 20.</i> Nivel de satisfacción de los usuarios.....	64
<i>Figura 21.</i> Nivel de satisfacción por género y rango de edad. ....	65
<i>Figura 22.</i> Nivel de satisfacción por estrato socioeconómico.....	66
<i>Figura 23.</i> Nivel de satisfacción por ocupación.....	67
<i>Figura 24.</i> Nivel de satisfacción por nivel educativo.....	68
<i>Figura 25.</i> Nivel de satisfacción por tipo de terapia. ....	69
<i>Figura 26.</i> Nivel de importancia de las dimensiones de calidad del servicio. ....	70
<i>Figura 27.</i> Importancia de las dimensiones por género y rango de edad. ....	71
<i>Figura 28.</i> Importancia de las dimensiones por estrato socioeconómico.....	72
<i>Figura 29.</i> Importancia de las dimensiones por tipo de terapia. ....	73
<i>Figura 30.</i> Expectativas versus percepciones por dimensiones de calidad.....	76
<i>Figura 31.</i> Brechas por dimensiones de calidad.....	76

<i>Figura 32.</i> Brechas promedio por Declaraciones - Elementos tangibles. ....	78
<i>Figura 33.</i> Brechas promedio por Declaraciones – Fiabilidad.....	81
<i>Figura 34.</i> Brechas promedio por Declaraciones - Capacidad de respuesta. ....	83
<i>Figura 35.</i> Brechas promedio por Declaraciones - Seguridad.. ....	85
<i>Figura 36.</i> Brechas promedio por Declaraciones - Empatía. ....	88
<i>Figura 37.</i> Matriz importancia / desempeño por dimensiones de calidad.....	90

## Introducción

Actualmente en un entorno global y competitivo, la manera en que las organizaciones gestionan su calidad en los servicios, juega un papel fundamental para el cumplimiento de los objetivos organizacionales. El servicio no solamente está inmerso en el campo de los bienes intangibles, muchas empresas industriales dedican cada vez más esfuerzos a la prestación de un servicio de calidad, que a largo plazo represente no solamente beneficios económicos, sino verdaderas ventajas competitivas (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1992).

En el desarrollo de esta investigación se abordan los conceptos y temáticas referentes a la calidad del servicio, enmarcados dentro de un sector vital para el bienestar y el desarrollo de un país: la salud.

La Organización Mundial de la Salud reconoce firmemente la contribución de la salud a la reducción de la pobreza. Esta se logra a través de un sinnúmero de acciones que pueden mantenerse por mucho tiempo, o bien perderse debido a diferentes factores. Cuando hablamos de la importancia de la salud, nos referimos al valor que tiene para una mejor calidad de vida (Chan, 2011).

En Colombia, el sector salud es foco de constantes críticas. Su sistema regulado legalmente bajo la ley 100 de 1993<sup>1</sup> es constantemente cuestionado, y las instituciones prestadoras del servicio de salud no son ajenas a esta problemática.

---

<sup>1</sup> Congreso de la República de Colombia, Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, (diario oficial No. 41.148, Bogotá, Colombia, 23 de diciembre, 1993)

Dada la importancia del sector salud y de la prestación de un servicio de calidad, la presente investigación pretende conocer el nivel de calidad percibido por los usuarios de una IPS privada ubicada en la ciudad de Popayán y dedicada a los servicios de rehabilitación física. Dicho estudio se llevará a cabo mediante la aplicación de la escala SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Con este instrumento se busca medir la calidad percibida haciendo una diferencia entre el servicio esperado y el servicio recibido, teniendo en cuenta cinco criterios de calidad del servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía). Igualmente, el presente estudio busca conocer el nivel de importancia que los usuarios dan a cada uno de los criterios o dimensiones de calidad, con el fin de que los directivos de la IPS identifiquen las áreas susceptibles de mejora y puedan ofrecer un servicio acorde a las expectativas del usuario.



## **1. Aspectos generales de la investigación**

Este capítulo inicia con el planteamiento del problema de investigación, continuando con la formulación de los objetivos: general y específico, la justificación y finalmente la metodología propuesta para la realización del proyecto.

### **1.1 Planteamiento del problema**

Colombia invirtió el 6,8% del PIB del año 2013 en el sector de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015<sub>a</sub>). A pesar de esto, no se ha logrado tener la totalidad de la cobertura deseada. Con la promulgación de la ley 100 del sistema de seguridad social, la ley 142 de privatización de los servicios públicos y el decreto 2174 de 1996 acerca del sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema de seguridad social en salud, se identifican varios factores que influyen en la dinámica del sector: el ingreso del sector privado en los servicios públicos y la reglamentación en materia de calidad que deben cumplir las instituciones y entidades pertenecientes al sector salud. En este sentido se hace fundamental, teniendo en cuenta la importancia del sector, avanzar en estudios relacionados a la calidad del servicio, con el fin de conocer la percepción que tienen los usuarios de las instituciones prestadoras del servicio de salud.

En el año 1997 se crea la empresa ABS Ltda.<sup>2</sup> a partir de la necesidad de ofrecer servicios de salud en el área de la rehabilitación integral a la comunidad local. En los últimos años se ha generado un crecimiento en la demanda, lo que ha conducido a una transformación de ABS Ltda., partiendo de un servicio elemental con un recurso humano y locativo básico hasta convertirse en una institución de servicio conformado por más de treinta profesionales en el área de rehabilitación física.<sup>3</sup>

Para la gerencia de la IPS, teniendo en cuenta el crecimiento que ha tenido la empresa en los últimos años, es importante continuar prestando servicios de calidad. Por esta razón, la presente investigación busca medir la calidad del servicio percibido por los usuarios de IPS ABS Ltda., con el fin de verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos por la organización y presentar un documento que sirva de guía para corregir y mejorar la calidad del servicio.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cómo evalúan los usuarios la calidad del servicio ofrecido por ABS Ltda.?

---

<sup>2</sup> Por razones de confidencialidad se adopta el nombre de ABS Ltda., el cual se utilizará de aquí en adelante.

<sup>3</sup> Información suministrada por la Gerencia de la IPS.

### **1.3 Objetivos**

Con el fin de facilitar la verificación de la solución del problema de investigación se plantean los siguientes objetivos.

#### **1.3.1 Objetivo general.**

Evaluar, desde la perspectiva del usuario, la calidad del servicio ofrecido por ABS Ltda.

#### **1.3.2 Objetivos específicos.**

- a) Identificar la percepción de los usuarios respecto a las instalaciones físicas, equipos de comunicación y fisioterapia, y materiales utilizados en los servicios prestados por la IPS.
- b) Conocer la percepción de los usuarios en relación a la fiabilidad y la habilidad para la ejecución del servicio prometido.
- c) Evaluar la capacidad de respuesta, disposición y voluntad del personal, percibidos por los usuarios en la prestación del servicio.
- d) Conocer la percepción que tienen los usuarios respecto al conocimiento y destrezas en la ejecución del servicio por parte del personal de ABS Ltda.
- e) Identificar la percepción de los usuarios respecto a la atención individualizada ofrecida por la IPS.
- f) Determinar el nivel de importancia dada por los usuarios a cada una de las dimensiones de evaluación de la calidad del servicio.
- g) Determinar el nivel de satisfacción general del servicio ofrecido por la IPS.

## 1.4 Justificación

Este trabajo de investigación está encaminado a contribuir con la comprensión de los efectos de la calidad del servicio en las organizaciones, especialmente en aquellas vinculadas a los servicios públicos en el sector salud, y brindar elementos que permitan entender la dinámica e importancia de la gestión en la calidad de los servicios, desde la perspectiva de los clientes.

Con el fin de dar solución a una problemática y mediante el logro de los objetivos planteados, se recurre a la aplicación del instrumento SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) como herramienta para evaluar la calidad del servicio, comprendiendo dimensiones relacionadas al concepto de calidad, como la fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta, elementos tangibles y empatía. De esta manera y apoyado en los elementos brindados por la utilización de técnicas de investigación, se busca elaborar un informe que sirva de base para la elaboración de un plan de acción que permita hacer correctivos y/o mejoras para una adecuada gestión de la calidad del servicio. De igual manera, se pretende que esta investigación se sume a los estudios realizados acerca de la calidad del servicio y sirva como punto de partida para posteriores investigaciones referentes a empresas del sector objeto de estudio y a instituciones prestadoras del servicio de salud.

El uso de la metodología SERVQUAL permite obtener mediciones confiables y válidas que pueden ser útiles para la acción, seguimiento y supervisión del progreso de la calidad del servicio de acuerdo con los programas de garantía de la calidad que deben implementar las instituciones de salud en Colombia. Los directivos de las instituciones de

salud podrán utilizar los resultados del modelo y la metodología en varias formas: para identificar y clasificar por orden las dimensiones de la calidad del servicio que son claves para los clientes, para medir y comprender las necesidades y expectativas de los clientes acerca de la calidad del servicio y asegurarse si se está cumpliendo o no con dichas expectativas, para identificar aquellas secciones, áreas, divisiones o sucursales con mejor desempeño de la calidad y aprender del competidor con mayor rendimiento, para comparar su propio desempeño con el de los competidores y para anticiparse a las necesidades de los consumidores. (Rodríguez, 2000, p. 44)

## **1.5 Diseño metodológico**

Con el propósito de alcanzar los objetivos de la investigación se presenta una serie de elementos propios del estudio que hacen énfasis en la descripción de la metodología para evaluar la coherencia de la propuesta. Dentro de ella se busca reflejar la estructura lógica del proceso de investigación desde la elección del enfoque metodológico específico hasta la forma como se van a analizar, interpretar y presentar los resultados.

Dentro de la literatura científica encontramos distintas formas de aproximarnos a la solución de un mismo problema o al conocimiento de una misma realidad; estas distintas metodologías de la investigación científica, estos distintos tipos de estudios, nos pueden aportar, en mayor o menor medida, evidencias para abordar las distintas cuestiones que nos pueden surgir en nuestra práctica (Abello, 2010).

La metodología a utilizar para llevar cabo el estudio consiste principalmente en el diseño del cuestionario adecuado para los clientes de la IPS ABS Ltda., desarrollando en cada pregunta o ítem una representación de las características básicas del servicio, de acuerdo a cada dimensión del modelo SERVQUAL.

Para la presente investigación se elabora un cuestionario estructurado de acuerdo a los estudios de Parasuraman et al. (1988); complementado con una serie de ítems adicionales de variables sociodemográficas, que se diseñan de acuerdo a las necesidades y los objetivos de la investigación.

Después de haber establecido el diseño, se consideró el momento adecuado de la aplicación y la cantidad de encuestas a realizar, con el fin de determinar el nivel de calidad del servicio de la IPS y el grado de satisfacción de los clientes.

### **1.5.1 Tipo de estudio.**

Para la investigación, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con momento de ocurrencia prospectivo, a través de la aplicación de un cuestionario estructurado de preguntas cerradas y de aplicación asistida personalmente en las instalaciones de la IPS ABS Ltda., mencionando los estudios de observación, donde "...el investigador no asigna el factor de estudio, sino que observa, mide y analiza las variables de interés, sin controlar el factor. Valora y analiza lo que ocurre en su realidad sin intervenir en ella" (Fontcuberta & García, s.f., p. 391).

Los estudios descriptivos buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir en este caso

es sinónimo de medir. Miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de comunidades, personas, grupos o fenómeno bajo análisis. El énfasis está en el estudio independiente de cada característica, es posible que de alguna manera se integren las mediciones de dos o más características con el fin de determinar cómo es o cómo se manifiesta el fenómeno. (Grajales, 2000, p. 2)

Al tratarse de un estudio de corte transversal, los datos hacen referencia al mismo momento temporal. No son útiles para encontrar una relación causa-efecto por la falta de secuencia temporal.

### **1.5.2 Instrumento para la recopilación de la información.**

El instrumento que se utilizará en la investigación será la escala SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988), el cual se divide en dos partes, una que evalúa las expectativas y otra las percepciones, con 22 ítems para cada una; en una escala Likert de 7 puntos, explicada de manera más amplia dentro del marco teórico.

### **1.5.3 Unidad de análisis.**

Usuario de la IPS ABS Ltda.

#### 1.5.4 Población objeto de estudio.

Usuarios de la IPS ABS Ltda.

#### 1.5.5 Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra o cantidad de encuestas a realizar se determina conforme al tamaño de la población objeto de estudio. En este caso son 320 usuarios<sup>4</sup> de la IPS ABS Ltda., distribuidos por tipo de terapia ofrecida por la IPS, como se muestra en la Tabla 1.

El nivel de confianza es del 95%, lo cual indica que el 95% de las muestras escogidas al azar arrojará los mismos resultados. El margen de error, que se refiere al nivel de precisión de los resultados obtenidos al llevar a cabo el estudio, será del 5% que es el valor generalmente utilizado.

Tabla 1. *Población por tipo de terapia.*

<b>Especialidad</b>	<b>Usuarios</b>
Terapia física	210
Neuroterapia	40
Hidroterapia	40
Acondicionamiento físico	20
Terapia respiratoria	10

Fuente: Datos suministrados por la IPS.

Las fórmulas del tamaño de la muestra para este caso de población finita son las siguientes:

---

<sup>4</sup> Dato suministrado por el Área de Calidad de la I.P.S.



$$N' = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \times p \times q}{e^2}$$

$$n = \frac{N'}{1 + \frac{(N' - 1)}{N}}$$

De la fórmula,  $Z_{\alpha/2}$  representa el valor asociado a la distribución normal para un nivel de confianza del 95%, es decir 1.96.

El valor de  $p$  y  $q$  se consideran como 0.5 y 0.5, considerando su máxima variabilidad.

$$N' = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2} \cong 384$$

$$N' = 384$$

Finalmente el tamaño de la muestra queda de la siguiente manera:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{(384 - 1)}{320}} \cong 175$$

El resultado sugiere una muestra de 175 encuestas distribuidas como lo indica la Tabla 2.

Tabla 2. *Muestreo estratificado*

<b>Especialidad</b>	<b>Número de encuestas</b>
Terapia física	114
Neuroterapia	22
Hidroterapia	22
Acondicionamiento físico	12
Terapia respiratoria	5

Fuente: Resultado del procedimiento de muestreo (proporción de la población).

### 1.5.6 Tipo de muestreo.

“El muestreo estadístico tiene por objeto proyectar a la población, los resultados de una muestra” (Orozco, 1999, p. 194). Conociendo de antemano el listado de clientes asistentes a la IPS y a cada una de sus especialidades terapéuticas, se propone un muestreo estratificado aleatorio, que consiste en clasificar la población en grupos (estratos), de acuerdo a un tipo de afijación proporcional, es decir, el número de elementos muestrales de cada estrato es directamente proporcional al tamaño del estrato dentro de la población. De esta manera cada grupo queda representado en la muestra extraída, correspondiente a 175 usuarios, del total de la población objeto de estudio. Se considera también el muestreo aleatorio simple, para cada estrato. Este proceso se puede llevar a cabo a través de varios medios: Función ENTERO(ALEATORIO()\*número de la muestra correspondiente) en Microsoft Excel u obteniendo el listado de clientes en la población objeto de estudio y extraerlos a través de una tómbola, entre otros.

### **1.5.7 Prueba piloto.**

Se escogerán las primeras encuestas, es decir 15 encuestas con el fin de observar el tiempo de respuesta, la interpretación de las preguntas y determinar los ajustes que se requieran.

### **1.5.8 Análisis de los resultados.**

En primer lugar se llevará a cabo un análisis estadístico descriptivo (tablas y gráficas) para observar en un panorama general la calidad del servicio (caracterización). En segundo lugar, se propone realizar un análisis estadístico en el cual se calculen los promedios de cada pregunta con su respectiva desviación estándar para cada momento de aplicación del cuestionario, con el

fin de determinar los valores de las brechas entre la calidad esperada y la percibida para cada aspecto expuesto en el cuestionario. Si el valor de la brecha resulta positivo, las expectativas de los clientes fueron superadas; mientras mayor sea este valor, la experiencia de los clientes en la IPS estuvo más por encima de lo que esperaban; en caso contrario, si el valor de la brecha es negativo, el cliente esperaba más de lo que obtuvo en la IPS. Este análisis se hará con la ayuda del programa estadístico SPSS.

Finalmente en la Tabla 3 se muestra la estructura metodológica a que obedece esta investigación.

Tabla 3. *Estructura metodológica.*

Tipo de proyecto	Descriptivo
Enfoque	Cuantitativo
Técnica a emplear	Cuestionario estructurado (Likert – 7 puntos)
Aplicación	Asistida personalmente
Grupo objetivo	Usuarios de la IPS ABS Ltda.
Tamaño de la población	320 usuarios
Tamaño de la muestra	175 encuestas

Fuente: Diseño metodológico de la investigación.

## 2. Marco referencial

El presente capítulo recopila información secundaria resultado de una revisión de estudios previos, artículos y conceptos emitidos por personas y organizaciones respecto al sector en que se lleva a cabo el estudio: el de la salud. Son referentes las estadísticas e informes anuales de la OMS, el marco referencial del sector salud en Colombia presentado en el IV Foro del Sistema de Salud en Colombia realizado por la Universidad del Valle, los conceptos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Congreso de la República y la Constitución Política de Colombia, entre otros. Posteriormente se presenta un marco empresarial y finalmente un marco teórico donde se abarcan los conceptos y teorías bases para el desarrollo de la investigación. De esta manera el marco referencial busca orientar la presente investigación, así como ayudar a prevenir errores y facilitar la interpretación de los resultados obtenidos.

De acuerdo a la OMS (2015<sub>b</sub>), el sector de la salud se consolida como uno de los mayores sectores de la economía mundial, equivalente al 10% del PIB mundial en el año 2013. En términos de porcentaje sobre el producto interno bruto, en el año 2013 el país líder en gasto en salud es Tuvalu con un 19,7% del PIB destinado a la salud (equivalente a 704 dólares per cápita) (OMS, 2015<sub>a</sub>). Le siguen países como Estados Unidos (17,1%), las Islas Marshall (16,5%) o Países Bajos (12,9%). En términos de gasto per cápita, Noruega es el país que más gasta: 9.715 dólares per cápita (equivalente al 9,6% del PIB). Esto es casi dos veces y media la media de los países de la OCDE (US\$3.990). Le siguen Suiza (US\$9.276) y Estados Unidos (US\$9.146). En Latinoamérica destaca como líder en gasto Costa Rica, que dedica un 9,9% del PIB a salud; no

obstante, su gasto per cápita (US\$1.005) aún está muy distante de los niveles norteamericano y europeo. Un 6,8% del PIB en Colombia se dedica a salud, con un gasto per cápita de US\$533.

Entre 1997 y 2012, en Colombia la cobertura de salud se incrementó drásticamente de un 56,9% a un 90,8%. Pese al incremento, aún no ha alcanzado la universalidad, ya que un 9,2% de su población no se encuentra cubierta. El régimen subsidiado ha sido el que más ha crecido, lo que indica que la seguridad social se financia cada vez más con recursos públicos (Ayala, 2014 y Cámara de Comercio de Barranquilla, 2010).

## **2.1 Marco empresarial**

En este apartado se presenta a la IPS ABS Ltda. como el espacio donde se llevó a cabo la presente investigación.

ABS Ltda. es una IPS de nivel II<sup>5</sup>, ubicada en la ciudad de Popayán, capital del departamento del Cauca. Se identifica su campo de acción y las áreas del servicio que ofrece la IPS dentro de las especialidades de los cuidados terapéuticos, entre las que se encuentran: terapia física, neuroterapia, terapia respiratoria, hidroterapia y acondicionamiento físico. Atiende en promedio 320 pacientes al día, ya sea a nivel particular o a través de la remisión de las EPS. Cuenta con un promedio de 30 fisioterapeutas y profesionales en las distintas áreas del servicio.

---

<sup>5</sup> Una IPS de nivel II es aquella que cuenta con médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados. (Ministerio de Salud, resolución 5261 de 1994).

En la parte normativa y legal, las normas que regulan la IPS son: la resolución 2300 del 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución (MINSALUD, 2014<sub>b</sub>). Y el decreto 1443 de 2014, por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) (Ministerio del Trabajo [MINTRABAJO], 2014).

### **2.1.1 Estrategias de atención.**

De acuerdo a información suministrada por la gerencia de la IPS, se cuentan con las siguientes estrategias de atención hacia los usuarios:

- Atención con calidez y profesionalismo.
- Condiciones óptimas de higiene y espacio.
- Atención oportuna.
- Intervención terapéutica de acuerdo al diagnóstico.
- Continuidad en el tratamiento.
- Disponibilidad de consulta permanente.

## **2.2 Marco teórico**

En este apartado se presentan los referentes básicos y necesarios para el desarrollo, comprensión y orientación de esta investigación.

### **2.2.1 Sistemas de salud.**

En 1948, la OMS estableció que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (como se cita en OMS, 2014, p. 1).

Un sistema de salud es el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo propósito principal es mejorar la salud. Las funciones principales de un sistema de salud son la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión (OMS, s.f.b).

Los sistemas de salud en muchos países en desarrollo presentan malas condiciones que dificultan el incremento del acceso a la atención sanitaria esencial. Sin embargo, en algunos países ricos gran parte de la población carece de acceso a la atención debido a disposiciones poco equitativas en materia de protección social; en otros, los costos son cada vez mayores a causa del uso ineficaz de los recursos (OMS, s.f.a).

### **2.2.2 Reseña del sistema de salud en Colombia.**

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El sistema de salud en Colombia está conformado básicamente por tres entes: el Estado, los aseguradores y los prestadores, actuando el Estado como ente de control, de dirección y coordinación. Estas labores son ejecutadas a través de diferentes organismos como son: el

Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, la cual vigila y controla a los actores del sistema (MINSALUD, 2014<sub>b</sub>).

Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia



*Figura 1.* Estructura del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia. Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2009, p. 56).

En el Artículo 48 de la Constitución Nacional de 1991, se definió la Seguridad Social como:

Un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. (Constitución Política de Colombia, 1991<sub>b</sub>)



Posteriormente, la Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral con los componentes de Pensiones, Riesgos Profesionales y Salud. El concepto de aseguramiento se puede definir como:

El conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado, que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo. (Salud, Pensiones, Riesgos profesionales). (Tafur, 2011, p. 2)

Estos seguros buscan cubrir a toda la población, y no solamente a quienes tienen una relación laboral ya sea por contrato de trabajo formal o por prestación de servicios. Pueden ser provistos por instituciones públicas o privadas, bajo la coordinación y regulación del Estado. Y los de salud y riesgo pueden incorporar actividades de prevención.

El análisis del sector salud muestra que la dirección del sistema está a cargo del Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que fue reemplazado por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) de acuerdo a la Ley 1122 de 2007 (MINSALUD, 2014<sub>b</sub>).

Antes de la expedición de la Ley 100, en Colombia existían tres sistemas: el de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos, con la participación del sistema de subsidio familiar a través de las Cajas de Compensación las cuales atendían a las familias de los trabajadores del

sector privado inicialmente y posteriormente incluyó a los del sector público, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud; el sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendía a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina prepagada o la consulta privada; y el sistema nacional de salud, que brindaba los servicios de salud para el resto de colombianos, con accesibilidad restringida (MINSALUD, 2014b).

### **2.2.3 Financiación del sistema de salud.**

La financiación del sistema incluye el pago de cotizaciones por la población con ingresos y capacidad de pago, principalmente concentrando a la población de la economía formal, en el régimen contributivo. El régimen subsidiado afilia a la población identificada mediante la aplicación del SISBEN por focalización, clasificada en los niveles 1 y 2, y a la identificada mediante listados censales. Se financia mediante aportes de solidaridad de los cotizantes contributivos, recursos de las cajas de compensación familiar, el Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales (SGP) creado por la Ley 715 de 2001 y recursos de los entes territoriales procedentes de rentas cedidas o impuestos a las loterías, licores, y rifas y juegos. La administración de los recursos está centralizada principalmente en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta fiduciaria administrada por la Dirección Financiera del Ministerio de la Protección Social. La administración de los seguros está delegada en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y en las del Régimen Subsidiado (EPS-S), que pueden ser públicas o privadas (Tafur, 2011).

#### **2.2.4 Prestadores del servicio de salud.**

Quienes finalmente ofrecen los servicios de salud se constituyen legalmente en IPS públicas o privadas, algunas de las cuales son propiedad de las aseguradoras en integración vertical. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas.

El Decreto 1011 de abril 3 de 2006, estableció el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS) en el marco del Sistema de Garantía de Calidad, obligatorio para los prestadores de servicios de salud definidos por el Artículo 2° del Decreto 2309 de 2002 que estableció como tales a las IPS las cuales son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud. (Tafur, 2011, p. 3)

Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social (2015<sub>b</sub>), en Colombia hay un total de 54.267 prestadores de servicios de salud, el 63% de los cuales son profesionales independientes, el 26% IPS privadas, el 7% IPS públicas y el 4% entidades con objeto social diferente y entidades que realizan el transporte especial de pacientes. Aun siendo una gran cantidad de empresas, solo 32 prestadores de servicios de salud en Colombia se encuentran acreditados, al cumplir con los estándares más altos del sistema de garantía de la calidad (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2015<sub>a</sub>).

### **2.2.5 La Fisioterapia en Colombia**

La Fisioterapia es definida en 1967 por la Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT, por sus siglas en inglés) como:

Arte y ciencia del tratamiento físico por medio de la gimnasia reeducativa, el calor, el frío, la luz, el masaje y la electricidad. Entre los objetivos del tratamiento figuran el alivio del dolor, el aumento de la circulación, la prevención y corrección de incapacidades y la recuperación máxima de la fuerza, la movilidad y la coordinación. La fisioterapia comprende también la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar la importancia de la alteración de los impulsos nerviosos y de la energía muscular, y de pruebas para precisar las aptitudes funcionales, así como la medición de la amplitud del movimiento articular y de la capacidad vital, a fin de facilitar al médico el establecimiento del diagnóstico y de registrar los progresos efectuados. (Citado por OMS, 1969, p. 7)

Desde la institucionalización de la Fisioterapia para su enseñanza en Colombia en 1952, como carrera técnica, y su posterior normalización mediante el decreto 1056 de 1954, transcurrieron veintidós años, sólo después de los cuales, según la Ley 9 de 1976, fue redefinida ésta y reglamentada en el carácter de profesión a la vez que se le reconoció el nivel de formación universitaria. Sin embargo, es a partir de 1999 cuando, acorde con la Ley 528 de ese año que actualizó en Colombia la reglamentación de la Fisioterapia, aún vigente hoy, ésta se consolida así:

Profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías. (Congreso de Colombia, 1999, Art. 1)

La fisioterapia en Colombia se ve influenciada en la actualidad, por los procesos y tendencias inherentes a la modernización del Estado, puntualmente por la reforma de la Seguridad Social (Ley 100 de 1993) la cual se ha venido modificando permanentemente, como ya se ha mencionado; con la promulgación de nuevas leyes como la Ley 2150 de 1995, Ley 715 del 2001, Ley 797 del 2003, Ley 962 del 2005, y recientemente la Ley 1122 del 2007, junto con los respectivos decretos reglamentarios y la autonomía para la Educación Superior (Ley 30 de 1992).

### **2.2.6 Tipos de terapia.**

Existen diferentes tipos de terapia; para el caso en particular de esta investigación nos interesa definir aquellas que se ejecutan en la prestación del servicio de la IPS objeto de estudio.

### ***2.2.6.1 Terapia respiratoria.***

Según la Asociación Colombiana de Facultades de Terapia Respiratoria, la Terapia Respiratoria se define como:

Una profesión, a nivel universitario, del área de la salud con formación científica y humanística, que propende por la conservación de la salud en general y la cardiorrespiratoria en particular, mediante la aplicación de diversas modalidades de intervención como son la detección del riesgo, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la valoración, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de alteraciones respiratorias y cardíacas. (Citado por MINSALUD, 2014<sub>a</sub>, p. 4)

El terapeuta respiratorio interviene como apoyo en la evaluación, diagnóstico y tratamiento que requieran: oxigenoterapia, manejo de la vía aérea, ventilación mecánica, aerosolterapia, fisioterapia de tórax, manejo del paciente traqueostomizado, educación en el manejo de inhaladores y rehabilitación pulmonar, pruebas de función pulmonar, gasimetría sanguínea, el diagnóstico y manejo de crisis respiratorias.

### ***2.2.6.2 Terapia ocupacional.***

El servicio de Terapia Ocupacional o Neuroterapia evalúa la capacidad del usuario para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. En niños y adultos se encamina a la restauración de habilidades perdidas o al desarrollo de nuevas habilidades y destrezas. Se realiza intervención profesional en diferentes roles ocupacionales como autocuidado, juego,

estudio/trabajo, utilización del tiempo libre y esparcimiento. El terapeuta ocupacional ayuda al recién nacido a una adaptación apropiada al medio con la participación activa de los padres.<sup>6</sup>

### ***2.2.6.3 Hidroterapia.***

La hidroterapia neurológica o terapia acuática es una modalidad de asociación entre los conocimientos fisioterápicos en el proceso de rehabilitación neurológica y los beneficios que el entorno acuático puede aportar. Las sesiones de tratamiento en el agua se programan en función de las necesidades del paciente tanto dentro como fuera del agua. Se valora el potencial del paciente y se estimulan sus capacidades en un entorno diferente del normal.

La hidroterapia no sustituye la fisioterapia, es un abordaje terapéutico y lúdico complementario al proceso de rehabilitación del paciente con trastornos funcionales y sensitivo-motores. Las sesiones en el agua exigen del paciente una búsqueda constante del equilibrio, simetría corporal, control motor y coordinación muscular y proporcionan mayor estimulación táctil y sensorial.<sup>7</sup>

A continuación en esta sección se pretende dar referencia de manera general de los conceptos de servicios, marketing de servicios, calidad, entre otros, para finalmente llegar al tema de calidad en los servicios.

---

<sup>6</sup> Definición de los autores basada en conceptos emitidos por diferentes IPS de fisioterapia en Colombia.

<sup>7</sup> Definición de los autores según concepto de la Clínica de Neurorehabilitación Bettina Paeth.

### 2.2.7 Marketing.

Existen una serie de definiciones acerca del concepto de marketing, algunas de estas se muestran en la Tabla 4.

Son innumerables las publicaciones o artículos acerca de una compañía por lograr su orientación al mercado o referentes al éxito financiero de organizaciones que lograron convertir al cliente en el punto focal de sus operaciones. El marketing ya no se deja simplemente en manos del personal del departamento de marketing, debe ser un trabajo de todos. Siendo labor del departamento de marketing el integrar al cliente dentro del diseño del producto y crear un proceso sistemático de interacción para darle solidez a la relación con el cliente (Dolan, 1991).

Tabla 4. *Conceptos de Marketing.*

Autores	Concepto
Real Academia de la Lengua Española (2012 <sub>b</sub> ).	Es el “conjunto de principios y prácticas que buscan el aumento del comercio, especialmente de la demanda” (acep. 1). También es el “estudio de los procedimientos y recursos tendentes a este fin” (acep. 2).
Kotler, P. y Solis, E. R. (1996).	Es un proceso social y administrativo mediante el cual grupos e individuos obtienen lo que necesitan y desean a través de generar, ofrecer e intercambiar productos de valor con sus semejantes.
Stanton et al. (1980).	Es un sistema total de actividades de negocios ideado para planear productos satisfactorios de necesidades, asignarles precios, promover y distribuirlos a los mercados meta, a fin de lograr los objetivos de la organización.
Ries, A. & Trout, J. (1986).	El término marketing significa "guerra". Ambos consultores, consideran que una empresa debe orientarse al competidor; es decir, dedicar mucho más tiempo al análisis de cada "participante" en el mercado, exponiendo una lista de debilidades y fuerzas competitivas, así como un plan de acción para explotarlas y defenderse de ellas.
American Marketing Association (2013)	“Es la actividad, el conjunto de instituciones y procesos para crear, comunicar, distribuir e intercambiar ofertas que tienen valor para consumidores, clientes, socios y la sociedad en general” (párr. 1).

Fuente: Revisión literaria, la investigación.



### **2.2.8 Servicios.**

El sector servicios o terciario, como es llamado comúnmente, tiene una gran importancia en las economías mundiales. Prácticamente todas las organizaciones compiten, de una forma u otra, en el área del servicio. Es difícil mencionar un sector en el que el servicio no sea importante, sin embargo su conceptualización es relativamente nueva. Para entenderla, es necesario hacer una comparación entre bienes y servicios y de esta manera identificar las diferencias existentes entre ambos.

Según Zeithaml (1981), Zeithaml et al. (1985) y Berry (1980), existen cuatro características que diferencian los servicios de los bienes: la intangibilidad, la heterogeneidad, la inseparabilidad y el carácter perecedero. En primer lugar, los servicios son intangibles (Lovelock, 1983 y Zeithaml et al., 1992). La mayoría de los servicios no pueden ser contados, medidos o inventariados. Debido a esta intangibilidad las empresas pueden tener dificultades para entender la manera en la que los consumidores perciben y evalúan la calidad del servicio (Zeithaml, 1981). Se dice que son heterogéneos ya que pueden variar de un productor a otro, de un consumidor a otro, y de un día a otro, teniendo en cuenta la consistencia del comportamiento del personal de servicio en su relación con el consumidor (Bitner, Booms & Tetreault, 1990). Son inseparables, ya que la producción se lleva a cabo en el mismo instante en que el consumidor recibe el servicio (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985), o como afirma Grönroos (1978), en muchos servicios la producción y el consumo son indisociables. Finalmente se dice que son de carácter perecedero, es decir, no se pueden guardar. No es posible almacenar los servicios que no se prestaron (Zeithaml et al., 1985).

Para Grönroos (1984), los servicios son básicamente procesos más o menos intangibles, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea; “siendo la propia intangibilidad la causante que estos sean percibidos en gran medida de forma subjetiva” (Grönroos, 1994, p. 37).

### **2.2.9 Marketing de servicios.**

Teniendo en cuenta el gran crecimiento del sector servicios y su participación en la producción mundial, el marketing de servicios se muestra como un reconocido y aceptado subconjunto del marketing. La gran cantidad de investigaciones y artículos académicos dan muestra de su creciente importancia (Zeithaml et al., 1985).

El marketing de servicios apunta a satisfacer las necesidades o deseos del mercado tales como educación, transporte, salud, protección, asesoramiento, diversión, entre otros. Teniendo en cuenta las características que diferencian a los productos o bienes tangibles, de los servicios, no es posible adoptar técnicas de marketing de bienes tangibles. Lo que se busca es adaptarlas al mercado de los servicios (Muñiz, 2011).

Según Murray (1991), una de las principales bases que se debe tener a la hora de implementar un programa de marketing enfocado a los servicios, es conocer el comportamiento y los procesos de decisión de compra del consumidor. Este igualmente sugiere que cuanto mayor sea el grado de riesgo percibido en un contexto antes de la compra, mayor es la propensión de los consumidores a buscar información sobre el producto. Esto confirma los planteamientos de Zeithaml (1981) acerca de que los servicios son percibidos como más riesgosos que los bienes. Pese a esto, poca atención se ha dirigido a la comprensión del impacto de la naturaleza más

arriesgada de los servicios dentro del proceso de compra y las necesidades de información de los consumidores. Esta información puede provenir de dos tipos de fuentes, interna y externa; ambos son utilizados por los consumidores para obtener información y hacer frente al riesgo percibido (Murray, 1991). La primera fuente de información utilizada por el consumidor es la interna, se refiere a las experiencias previas que ha tenido con otros productos o servicios, esto genera conocimiento y se torna primordial en la búsqueda y su consecuente decisión de compra. Por lo tanto, la búsqueda interna puede ser vista como una importante fuente de información disponible para el consumidor. De igual manera los estudios realizados por Berning y Jacoby (1974); Moore y Lehmann (1980), y Winter (1975), sugieren que la búsqueda de información externa representa una decisión motivada y consciente por parte del consumidor para buscar nueva información del entorno. Además, estas fuentes se pueden clasificar en términos de si proviene del proveedor de servicio, o si la información es transmitida a través de comunicación personal o impersonal. Dependiendo del nivel de riesgo que el consumidor considere del servicio ofrecido, este elegirá una u otra estrategia de búsqueda de información como parte de su proceso de decisión de compra (Murray, 1991).

Los servicios se conceptualizan como experienciales y como tales son difíciles de especificar o evaluar con precisión antes de la compra (Zeithaml, 1981). En consecuencia, los consumidores que desean reducir la incertidumbre en la elección se pueden ver obligados a buscar información de otras personas que han experimentado el servicio directa o indirectamente. La información de personas con experiencia en relación al producto o servicio anterior es subjetiva y evaluativa (Murray, 1991).

Las etapas que debe tener en cuenta el gerente de marketing acerca de los procesos de decisión y posterior compra de un servicio o producto por parte del consumidor son: 1. La etapa previa a la compra, en la se realiza una comunicación, se busca información, se evalúan las alternativas y se hace una elección. 2. La etapa del consumo; y finalmente 3. La etapa posterior a la compra, donde el usuario realiza su evaluación final del servicio prestado (Bateson & Hoffman, 1991).

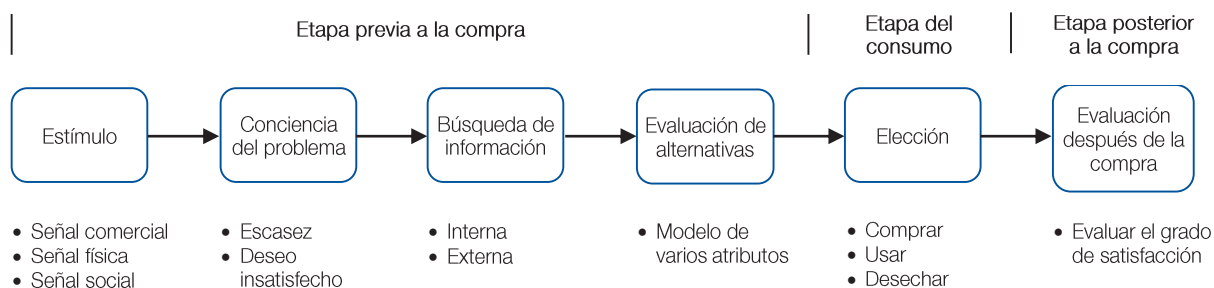


Figura 2. El proceso de decisión del consumidor. Fuente: Hoffman y Bateson (2002, p. 84).

Teniendo en cuenta las diferentes variables psicológicas y sociales, que influyen en el proceso de compra de un servicio, existen factores que pueden contribuir al éxito o fracaso de una organización proveedora de servicios:

La capacidad o incapacidad de la gerencia para administrar las experiencias del cliente como resultado de un conjunto de interacciones personales (Clientes vs Clientes – Clientes vs Empleados) y las interacciones entre lo humano y el entorno (empleados vs entorno laboral e instalaciones de apoyo, cliente vs el entorno de servicios e instalaciones de apoyo). (Hoffman & Turley, 2002, p. 39)

Los resultados de la presente investigación permitirán conocer la evaluación posterior a la compra del servicio. Estos resultados pueden ser importantes no solo para la empresa objeto de estudio, sino para empresas y organizaciones relacionadas al sector salud.

### **2.2.10 Percepción.**

La principal disciplina que se ha encargado del estudio del concepto de percepción es la Psicología, y tradicionalmente la ha definido como:

El proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentra el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (Vargas, 1994, p. 48)

Según Vargas (1994), uno de los aspectos que tienen en común diferentes estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre la percepción, es el de la elaboración de juicios, que se plantea como una de las características básicas de la percepción. De igual manera plantea que la formulación de juicios ha sido tratada dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes, en un modelo lineal en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza, formulando juicios y opiniones sobre ella. Por otro lado asegura que la percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que por el contrario, intervienen una serie de procesos en constante interacción, donde el individuo y la sociedad tienen un papel en la conformación de percepciones particulares de cada grupo social.

La flexibilidad conductual de percibir selectivamente es una capacidad de la especie humana que permite la adaptación de los miembros de una sociedad a las condiciones en que se desenvuelven. Así, la percepción es un caso en el que una capacidad corporal es moldeada y matizada por el aprendizaje. (Vargas, 1994, p. 49)

Como un proceso cambiante, la percepción posibilita la reformulación tanto de las experiencias como de las estructuras perceptuales. La plasticidad de la cultura otorga a estas estructuras la posibilidad de ser reformuladas si así lo requieren las circunstancias ambientales. Al respecto, Merleau-Ponty y Cabanes (1994) señalan que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo.

Se considera importante la conceptualización de la percepción, teniendo en cuenta los diferentes puntos de vista de los autores antes mencionados, ya que se busca contextualizar el término dentro del campo de la presente investigación. De igual forma, es importante tener clara la definición de calidad para comprender el concepto de calidad del servicio.

### **2.2.11 Calidad.**

Existen diferentes definiciones acerca de la calidad. Crosby (1979) la define como “conforme a los requerimientos”. Garvin (1983) mide la calidad contando la incidencia de fallas "internas" (las observadas antes de que un producto salga de la fábrica) y fallas "externas" (las generadas en el campo después de que una unidad se ha instalado). La Real Academia Española (2012<sub>a</sub>) dice que la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que

permiten juzgar su valor” (acep. 1). Esta definición establece dos elementos importantes en su estudio: primero, la referencia a características o propiedades; segundo, su bondad para valorar “algo” a través de ella.

Adicionalmente, hay una serie de definiciones de autores reconocidos en materia de calidad.

Algunos de estos plantean:

- “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, 1967, p. 38).
- 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 (Deming, 1982).
- 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. (Ishikawa & Lu, 1985).
- Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad (Crosby, 1988).
- La calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto (Juran, 1990).

En el concepto de calidad se encuentran dos tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva (Vázquez, Rodríguez & Díaz, 1996). La calidad objetiva se enfoca en la perspectiva del productor, esta implica una superioridad medible y verificable del servicio frente a un ideal (Zeithaml et al., 1988). El enfoque subjetivo de la calidad, surge a partir de los planteamientos de Grönroos (1982), quien sugiere que dada la intangibilidad, los servicios requieren una constante interacción entre el comprador y el proveedor; siendo esta relación la que da origen el concepto de calidad del servicio percibida, la cual implica el juicio subjetivo del cliente sobre el servicio que recibe (Losada & Rodríguez, 2007). Introducir la percepción sugiere formular el concepto de calidad del servicio desde la óptica del cliente (Gil, 1995).

Se puede decir que la calidad objetiva es analizada desde el enfoque de la producción y su objetivo principal es la eficiencia, por esta razón se realizan actividades estandarizadas (control estadístico de la calidad). La calidad subjetiva tiene un enfoque externo, en donde se analizan los deseos, expectativas y necesidades de los consumidores, ya que las actividades del servicio están en gran medida relacionadas con el contacto con el cliente (Duque, 2005).

#### **2.2.12 Satisfacción versus calidad del servicio.**

Existe una tendencia generalizada a emplear indistintamente un término u otro; sin embargo, cada vez existe un mayor consenso respecto de que los dos conceptos son diferentes en causas y resultados. Si bien poseen aspectos en común, la satisfacción se observa como un concepto más amplio, mientras que la evaluación de la calidad del servicio se centra específicamente en las dimensiones del servicio. Desde este punto de vista, la percepción de la calidad del servicio es un componente de la satisfacción del cliente. La calidad en el servicio es una evaluación



dirigida que refleja las percepciones del cliente sobre ciertas dimensiones específicas del servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Por su parte, la satisfacción es más amplia; influyen en esta factores como la percepción de la calidad en el servicio, la calidad del producto, el precio; también factores personales como el estado de ánimo del usuario, y factores situacionales como las condiciones climáticas o del entorno (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011).

### **2.2.13 Calidad del servicio.**

No es desconocida la importancia que tiene el sector servicios en el desarrollo de las economías mundiales. Prácticamente todas las organizaciones compiten de una forma u otra en el área de los servicios (Zeithaml et al., 1992). En los Estados Unidos durante la década de los ochenta, en proporción a la población el sector se incrementó del 30% en 1900 a 74% en 1984, y el 85% de los nuevos empleos fueron creados en el sector de los servicios. Aunque la importancia del sector no estuvo limitado solo a los Estados Unidos, ya que para la misma época los servicios representaban el 58% de la producción mundial (Cronin & Taylor, 1992).

Los esfuerzos iniciales para definir y medir la calidad han llegado en gran parte del sector de los bienes, existiendo un gran vacío en lo relacionado a los servicios (Parasuraman et al., 1985). De igual manera, los investigadores coinciden en que el conocimiento acerca de la calidad en los bienes materiales es insuficiente para entender la calidad del servicio.

A diferencia de la calidad en los productos, que puede ser medida objetivamente a través de indicadores tales como duración o número de defectos, la calidad en los servicios es algo fugaz que puede ser difícil de medir (Parasuraman et al., 1988). La propia intangibilidad de los

servicios origina que éstos sean percibidos en gran medida de una forma subjetiva (Grönroos, 1990).

Según Parasuraman et al. (1985) las características esenciales de los servicios implican cuatro consecuencias importantes en el estudio de la calidad del servicio.

- La calidad de los servicios es más difícil de evaluar que la de los bienes.
- La naturaleza de los servicios conduce a una mayor variabilidad de su calidad y, consecuentemente, a un riesgo percibido del cliente más alto que en el de la mayoría de los bienes.
- La valoración, por parte del cliente, de la calidad del servicio tiene lugar mediante una comparación entre expectativas y percepciones.
- Las evaluaciones de la calidad hacen referencia tanto a los resultados como a los procesos de prestación del servicio.

La calidad, desde la filosofía japonesa se puede traducir como “cero errores” y “hacerlo bien la primera vez”. En muchas ocasiones se suelen dar adjetivos errados al concepto de calidad como por ejemplo “lujoso” o “bueno”. La explicación y medición de la calidad también presenta inconvenientes para los investigadores, quienes a menudo pasan por alto las definiciones y utilizan medidas unidimensionales para capturar el concepto (Parasuraman et al., 1985).

Estudios iniciales relacionados con la calidad del servicio, ofrecen un concepto con un enfoque multidimensional como los realizados por Lehtinen y Lehtinen (1982) quien hace referencia a la calidad física e interactiva, y Grönroos (1984) que identifica una dimensión técnica, una dimensión funcional y la imagen de la empresa como una tercera dimensión. Pero

fueron Lewis y Booms (1983) quienes plantearon un concepto basado en que la calidad del servicio se mide de acuerdo a como este se ajusta con las expectativas del cliente.

En este sentido, los escritos de Sasser, Olsen y Wyckoff (1978) y Grönroos (1982), destacan el carácter multidimensional de la calidad del servicio, mientras que los estudios de Lehtinen y Lehtinen (1982), y las entrevistas de grupo de amplio enfoque conducidas por Zeithaml et al. (1985), apoyan sin ambigüedades la noción de que la calidad del servicio, según la percepción de los consumidores, se deriva de una comparación de lo que ellos sienten que las empresas de servicio deberían ofrecer, es decir, de sus expectativas; y su percepción del desempeño de la empresa proveedora del servicio (Parasuraman et al., 1985).

Posteriormente y después de una serie de estudios cualitativos, Parasuraman et al. (1985) desarrollan un modelo conceptual multidimensional, en donde el cliente es el evaluador de la calidad del servicio, teniendo como punto de partida la premisa de la calidad del servicio como resultado de la diferencia entre expectativas y percepciones: “la calidad percibida es el juicio del consumidor acerca de la superioridad o excelencia y es el resultado de una comparación entre las expectativas y la percepción del servicio prestado” (Parasuraman et al., 1988, p. 16).

Junto al modelo conceptual de los gaps, han aparecido otros trabajos que lo han ampliado o complementado, por parte de autores como Lehtinen y Laitamaki (1985), Grönroos (1990) o el EFQM2 (1992) (Bigné, Moliner, Vallet & Sánchez, 1997).

#### **2.2.14 Calidad en los servicios públicos.**

No existe un consenso sobre la definición de servicio público. Miquel, Bigné, Sánchez, Moliner y Vallet (1995); Chias (1995); Bigné et al. (1997); el Congreso de Colombia y la Constitución Política de Colombia, otorgan sus propias definiciones.

Según Miquel et al. (1995), un servicio público es:

La actividad que prestan las Administraciones Públicas, cuyas características principales son la búsqueda del interés general y la no sujeción a las leyes tradicionales de la oferta y la demanda, y que tiene por finalidad la consecución de la satisfacción de sus clientes. (p. 2289)

En el concepto de Chias (1995), encontramos el régimen jurídico que rige la prestación de los servicios públicos, a los cuales se refiere como:

Una actividad de interés general que prestan las administraciones públicas, las empresas privadas y de economía mixta de manera regular y continua, sujeto a las leyes del mercado con un régimen jurídico específico y cuya finalidad es la satisfacción de sus clientes. (Citado por Rodríguez, 2000, p. 5)

De acuerdo con Bigné et al. (1997), “la búsqueda del interés general y la no sujeción a las leyes tradicionales de la oferta y la demanda son los rasgos característicos propios de este tipo de servicios, que les dotan de una problemática diferenciada del caso general” (p. 4). De acuerdo

con esta definición, una gran variedad de servicios públicos heterogéneos entre sí, bien por su grado de intangibilidad, precio o nivel de competencia al que se enfrentan, han sido clasificados como lo muestra la Tabla 5.

Tabla 5. *Clasificación de los Servicios Públicos*

<b>Autores</b>	<b>Tipologías</b>
Cuadrado y del Río (1993), consideran a los servicios públicos como los no comercializables.	Transportes, Comunicaciones, Administración pública, Defensa, Enseñanza, Sanidad y Servicios sociales en general.
Contabilidad Nacional de España, clasifica a los servicios públicos como servicios no destinados a la venta.	Servicios generales de las Administraciones públicas, Investigación y Enseñanza no destinada a la venta, Sanidad no destinada a la venta, y Otros servicios.
Browning y Sigelman (1978) dentro de su clasificación sectorial amplia, los denomina servicios sociales.	Servicios médicos y sanitarios, Hospitales, Enseñanza, Servicios de asistencia social, Organizaciones no lucrativas, Correos, Administración pública y Servicios profesionales y sociales de diversa naturaleza.
Presupuestos Generales del Estado.	Educación, Sanidad, Pensiones, Desempleo, Justicia, Defensa, Seguridad ciudadana y Administración tributaria.
Unión de Consumidores de España (UCE, 1995) clasifica las consultas y reclamaciones que recibe si pertenecen a los siguientes grupos.	Electricidad, Agua, Gas, Teléfono, Trnasportes, Correos, y Otros. Forman parte de otras categorías no denominadas servicios públicos la enseñanza, las administraciones públicas, medio ambiente y sanidad.
TECO (Comité de Cooperación Técnica de la OCDE) clasifica el sector público en tres grupos.	<p>EMPRESAS PRODUCTORAS PÚBLICAS (construcción naval, minería, siderometalúrgica, etc), empresas de interés público.</p> <p>EMPRESAS DE SERVICIOS PÚBLICOS (Compañías de agua, gas, aéreas, marítimas), empresas concesionarias o que no se gestionan con recursos públicos.</p> <p>SERVICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN, o todas las actividades que se realizan desde la administración, desde su planificación hasta su ejecución.</p>
Chias (1995).	SERVICIOS REGLAMENTARIOS, los que ordenan, condicionan y regulan de modo coactivo la actividad del público hacia la administración y

<b>Autores</b>	<b>Tipologías</b>
<p>Miller y Miller (1991), que distinguen entre servicios prestados por ECP centrales, autonómicos y locales, y realizan un meta-análisis de 261 informes sobre evaluación de servicios públicos locales en 40 estados norteamericanos.</p>	<p>viceversa. Dos clases: individual con pago por el uso (licencia de obras), e individual sin pago directo (recaudación tributaria).</p>
	<p>SERVICIOS DE PRESTACIÓN, final y directa al público (Seguridad social, enseñanza primaria, pago de pensiones).</p>
	<p>SERVICIOS COMUNITARIOS, con utilidades colectivas derivadas de las infraestructuras y de los servicios especiales (interior, exterior y militar) que cumplen fines esenciales del Estado, sin pago directo (Policía Nacional, carreteras).</p>
	<p>SERVICIOS DE FOMENTO, que referencian e impulsan la actividad social (promoción del diseño, del comercio, etc.).</p>
	<p>SERVICIOS CULTURALES: de biblioteca, organización de eventos, arte, museos, zoo, planetario, etc.</p>
	<p>SERVICIOS DE SEGURIDAD PÚBLICA: de bomberos, cuerpos de policía, defensa, etc.</p>
	<p>SERVICIOS DE UTILIDAD PÚBLICA: de suministro de gas, luz, agua, alcantarillado, desagües, iluminación de calles, etc.</p>
	<p>SERVICIOS DE APOYO: de tratamiento de residuos, recogida de basuras, limpieza y mantenimiento, información sobre la ciudad, gobierno, mantenimiento de edificios, etc.</p>
	<p>PARQUES Y OCIO: mantenimiento de espacios abiertos, instalaciones deportivas, zonas verdes, parques naturales, etc.</p>
	<p>TRABAJOS PÚBLICOS Y TRANSPORTES: mantenimiento de las señales de tráfico, aceras, pavimentos, parkings públicos, transportes públicos, etc.</p>
<p>SALUD Y SERVICIOS HUMANOS: servicios sociales, servicios a la tercera edad, a los discapacitados, a las minorías, a los jóvenes, a las mujeres, servicios de salud, servicio de educación, etc.</p>	
<p>PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN DEL CRECIMIENTO: crecimiento y desarrollo económico general, urbanismo, empleo, etc.</p>	

Fuente: Bigné et al. (1997, p. 4).

Los servicios públicos pueden ser muy diferentes entre sí: la educación, la recolección de basura, la salud, el recaudo de impuestos, la seguridad y el transporte entre otros, entran en esta categoría.

En la Ley 80 de 1993 de Colombia se menciona que:

Los servicios públicos son los que están destinados a satisfacer necesidades colectivas en forma general, permanente y continua, bajo la dirección, regulación y control del Estado, así como aquellos mediante los cuales el Estado busca preservar el orden y asegurar el cumplimiento de sus fines. (Congreso de Colombia, 1993, Art. 2)

A su vez, la Constitución Política de Colombia (1991<sub>a</sub>) indica: “Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares” (Art. 365).

En lo que sí existe consenso, es en que la administración pública debe implantar sistemas de calidad, sin importar cuál es el servicio público. Esta unanimidad se justifica a partir de las ventajas que ello puede aportar como medio para asegurar el futuro, para reducir el déficit, para mejorar el servicio al cliente interno y al externo, para integrar al usuario en la organización, para mejorar su imagen, para ser más competitivos, y para mejorar la gestión (Senlle, 1993).

Rodríguez (2000) afirma que la evaluación de la calidad del servicio en las instituciones públicas permitirá a los directivos conocer las deficiencias del mismo para tomar decisiones a nivel gerencial, enfocadas en la prestación de servicios de calidad. Una organización con un servicio de excelencia, tendrá una ventaja competitiva significativa sobre sus competidores. Empresas con ventajas competitivas en calidad del servicio, producen beneficios positivos en sus estados financieros como un resultado de obtener lealtad en clientes e incrementar la eficiencia operacional (Zeithaml et al., 1992). La calidad del servicio es entonces tratada desde

el enfoque del servicio al cliente, centrándose en una estrategia directiva cuyo objetivo es la satisfacción de las necesidades de los clientes. Las organizaciones prestadoras de servicios públicos que logran la satisfacción de las necesidades de sus clientes mediante altos niveles de calidad del servicio, contarán con una ventaja competitiva que les permitirá permanecer en el mercado, generando beneficios para clientes, empleados, directivos, accionistas, la comunidad en general y el país (Rodríguez, 2000).

Dentro de esta gran diversidad, quizás el sector público con más tradición en el estudio de la calidad del servicio es el de la salud (Bigné et al., 1997).

#### **2.2.15 SERVQUAL.**

Después de estudios empíricos, Parasuraman et al. (1988) desarrollaron un instrumento para medir la calidad del servicio, denominado SERVQUAL; el cual permitió aproximarse a la medición a través de una evaluación de expectativas y percepciones de los clientes. Posteriormente, y apoyados en sesiones de grupo realizadas a una serie de clientes de diferentes tipos de organizaciones de servicio, se identificaron diez dimensiones de la calidad del servicio:

- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales.
- Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para proveerlos de un servicio rápido.
- Profesionalidad: Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio.



- Cortesía: Atención, respeto y amabilidad del personal de contacto.
- Credibilidad: Veracidad, creencia y honestidad en el servicio que se provee.
- Seguridad: inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
- Accesibilidad: Lo accesible y fácil de contactar.
- Comunicación: Mantener a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharlos.
- Comprensión del cliente: Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades.

Diferentes análisis estadísticos utilizados en la estructuración del SERVQUAL, mostraron una importante correlación representada en varios de los diez criterios iniciales (Parasuraman et al., 1988). Esto llevó a agruparlos de acuerdo a sus características en cinco criterios o dimensiones de evaluación de la calidad en los servicios, como puede apreciarse en la Figura 3.

- Elementos tangibles: apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: disposición y voluntad para ayudar a los clientes y proporcionar un servicio rápido.
- Seguridad: conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.
- Empatía: atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes.

Los diez criterios iniciales en la evaluación de la calidad del servicio	Las dimensiones de SERVQUAL				
	Elementos tangibles	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
• Elementos tangibles					
• Fiabilidad					
• Capacidad de respuesta					
• Profesionalidad • Cortesía • Credibilidad • Seguridad					
• Accesibilidad • Comunicación • Comprensión del usuario					

Figura 3. Agrupación de las dimensiones de calidad del servicio. Fuente: Zeithaml et al. (1992, p. 29).

Para evaluar la calidad percibida plantean estas cinco dimensiones generales y definen que dicha evaluación puede ser definida como: “la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones, es decir, entre el servicio recibido y el servicio esperado” (Parasuraman et al. 1985, p. 46) (Ver Figura 4).

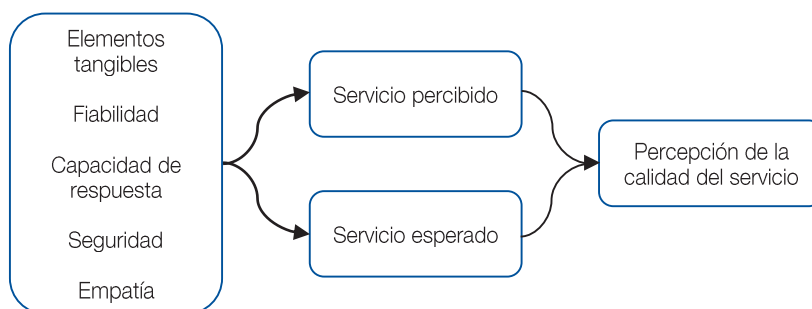


Figura 4. Modelo SERVQUAL. Fuente: Zeithaml et al. (1988, p. 26).

Según Zeithaml et al. (1992), como resultado de sus sesiones de grupo, se llegó a la conclusión de que el factor clave para lograr un alto nivel en la calidad del servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que el cliente tiene respecto al servicio. Pero para esto, se hace fundamental identificar los factores influyentes en la formación de esas expectativas.

Los estudios realizados identificaron cuatro factores que influyen en las expectativas de los clientes:

- Comunicación boca – oído: lo que los usuarios escuchan de otros usuarios.
- Necesidades personales.
- Experiencias previas.
- Comunicación externa (del proveedor del servicio).

Basados en la definición conceptual de la calidad del servicio y en los criterios valorativos encontrados en las investigaciones previas, Parasuraman et al. (1985, 1988) inician una serie de investigaciones cuantitativas con el fin de determinar las propiedades estadísticas del instrumento de medición, además de su aceptación. Para esto realizaron un estudio en cinco diferentes tipos de empresas de servicios, lo que finalmente dio como resultado la escala SERVQUAL, que está dividida en dos partes: expectativas y percepciones, cada una compuesta por 22 ítems que se evalúan en una escala de Likert de 7 puntos (fuertemente en desacuerdo – fuertemente de acuerdo) (Ver Apéndice A). Los clientes primero califican las expectativas del servicio en referencia a empresas excelentes, para luego realizar una evaluación de la empresa objeto de estudio. Finalmente, el instrumento sirve también para identificar la importancia relativa de cada una de las dimensiones de calidad, lo cual juega un papel fundamental para que las empresas perfeccionen sus prácticas y mejoren la calidad percibida en los servicios.

### **2.2.16 Estudios referentes al SERVQUAL.**

Con la creación del instrumento SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988), algunos autores como Babakus y Boller (1992), Carman (1990), Cronin y Taylor (1992), y Bigné et al. (1997) han realizado estudios relacionados con su implementación en diferentes empresas de servicios, planteando una serie de discusiones respecto a la evaluación de la calidad del servicio.

Carman (1990) y Bigné et al. (1997) destacan que las dimensiones de la calidad del servicio contempladas en SERVQUAL, pueden no ser tan genéricas como lo apuntan sus autores; de tal forma que la dimensionalidad de la calidad del servicio puede estar en función del tipo de servicio objeto de estudio (Babakus & Boller, 1992).

Carman (1990) afirma que la validez de la utilización de las expectativas puede verse cuestionada cuando los consumidores no tienen bien formadas sus expectativas y además señala que pueden aparecer problemas con su puesta en marcha en organizaciones multiservicios.

Cronin y Taylor (1992) apuestan por un modelo alternativo denominado SERVPERF, el cual fundamenta su medición en la percepción del servicio. También argumentan que existe poca evidencia teórica o empírica que soporte la relevancia de las expectativas como base para medir la calidad del servicio. De igual manera cuestionan la base conceptual del SERVQUAL, por la confusión del concepto de satisfacción del cliente con el de calidad del servicio (Cronin & Taylor, 1994).

A pesar de las discusiones en torno a la herramienta SERVQUAL, Bigné et al. (1997) concluyen que la herramienta SERVQUAL es más fiable que la herramienta SERVPERF para medir la calidad en los servicios públicos. De igual forma, también confirman la aplicabilidad de la escala SERVQUAL para los servicios públicos con competencia en el ámbito privado,

como es el caso del sector salud en Colombia (Rodríguez, 2000). De igual manera en los últimos años se han realizado gran variedad de estudios a partir de dicha escala. Al igual que Bigné et al. (1997), Jain y Gupta (2004) realizan una comparación entre estas dos escalas confirmando los resultados obtenidos por los primeros acerca de la fiabilidad y validez de dicho instrumento. Finalmente, se pueden mencionar estudios recientes acerca de la aplicación de la escala SERVQUAL, como el realizado por Rodríguez (2000) y De la Hoz (2014) aplicado a los servicios de salud en Colombia; el de Altuntas (2012) para medir la calidad del servicio en hospitales; y el realizado por Yeo y Li (2014) en el sector educativo.

La Tabla 6 muestra un resumen de algunos estudios realizados, que ratifican la vigencia de la escala SERVQUAL para la medición de la calidad del servicio.

Tabla 6. *Estudios recientes de la escala SERVQUAL*

<b>Autor/año</b>	<b>Nombre del artículo</b>	<b>Descripción</b>
Jain & Gupta (2004)	Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales	Estudio comparativo de las escalas SERVQUAL y SERVPERF para determinar la validez de cada una de ellas. Los datos para realizar comparaciones entre las dos escalas fueron recolectados a través de una encuesta aplicada a clientes de los restaurantes de comida rápida en Delhi. los resultados muestran la fiabilidad de la escala SERVQUAL para realizar diagnósticos y mediciones precisas en la evaluación de la calidad del servicio.
Losada y Rodríguez (2007)	Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing.	Análisis y revisión literaria de investigaciones teóricas y empíricas sobre la calidad del servicio y su medición en los ámbitos local y mundial en el sector salud.
Altuntas (2012)	Multi-criteria decision making methods based weighted SERVQUAL scales to measure perceived service quality in hospitals: A case study from Turkey.	Evaluación de la calidad del servicio mediante la escala SERVQUAL, aplicado a cuatro hospitales en Turquía, tomando una muestra de 281 usuarios. Y realizando una comparación entre los puntajes SERVQUAL ponderados y no ponderados de las diferentes clases de hospitales.

De la Hoz, P. (2014)	Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín	Adaptación del modelo SERVQUAL a los servicios de salud en la ciudad de Medellín. El estudio va dirigido específicamente al turismo médico, y toma como referencia los estudios realizados por Mangold Glynn y Babakus (1990), (1992); Parasuraman y Zeithaml (1994); Nyeck, Ladhari y Pons (2002); y Hu, Lee y Yen (2010).
Yeo & Li (2014)	Beyond SERVQUAL: The competitive forces of higher education in Singapore.	El trabajo explora las influencias de la calidad del servicio en la educación superior y cómo contribuyen al rendimiento global de una institución de educación superior en Singapur. Se basa en los fundamentos de SERVQUAL, y discute la dicotomía y la interrelación entre la percepción del cliente y las expectativas.
Kalepu (2014)	Service Quality in Healthcare Sector: An Exploratory Study on Hospitals.	Estudio exploratorio en hospitales para determinar, a través de la escala SERVQUAL, las diferencias en las percepciones de los usuarios con relación a variables sociodemográficas.
Angelini & Bianchi (2015)	Service quality and profitability. An empirical study about clients and financial advisors of the Allianz Bank F.A.	Análisis empírico realizado a una muestra de 64 clientes (aproximadamente el 18% del total de clientes) de una agencia del Banco Allianz FA y los asesores financieros de esa agencia. El estudio se llevó a cabo con la utilización de la escala SERVQUAL, haciendo un análisis de correlación entre la rentabilidad y el índice de satisfacción del cliente (ISC) de cada encuestado.
Yasin & Anjum (2015)	Reflection on quality of health services; a case from public teaching hospitals of Lahore, Pakistan.	Estudio cuantitativo realizado en 5 hospitales públicos de enseñanza, aplicado a 250 usuarios con la utilización de la escala SERVQUAL, para determinar el nivel de importancia de las dimensiones de calidad y la diferencia entre percepciones y expectativas de cada uno de los 22 ítems que componen dicha escala.

---

Fuente: Revisión literaria, la investigación.

De esta manera se pone de manifiesto que actualmente la calidad del servicio continúa evaluándose desde la perspectiva del cliente, siendo referente la utilización de la escala SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) como instrumento de medición.

### 2.2.17 Modelo de los Gaps.

El modelo conceptual planteado por Parasuraman et al. (1985) conocido como de los gaps o divergencias, centra su atención en el cliente y tiene su punto de partida bajo la hipótesis de que la calidad de un servicio depende de cómo se ajusta la administración del mismo a las expectativas del cliente (Parasuraman et al., 1985). Este gap, a su vez, depende de otras cuatro discrepancias: a) entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos, b) entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad, c) entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio, y d) entre la prestación del servicio y la comunicación externa (Zeithaml et al., 1992), como se puede observar en la Figura 5.

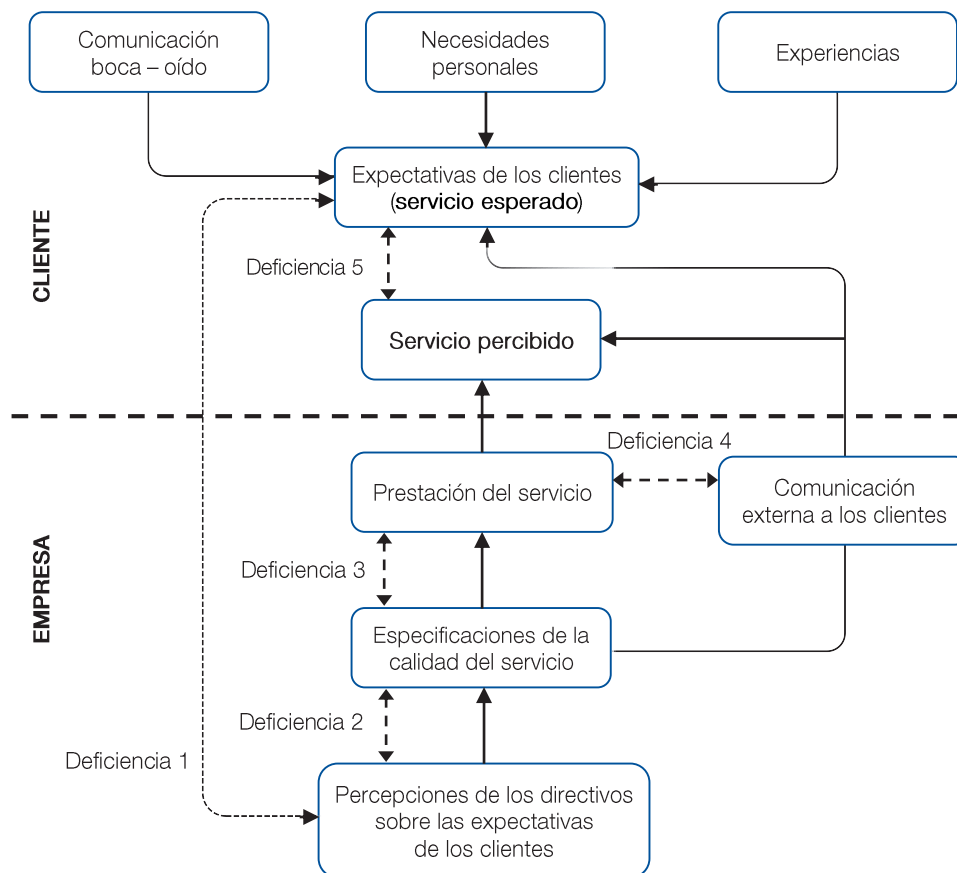


Figura 5. Modelo conceptual de la calidad del servicio. Fuente: Parasuraman et al. (1985, p. 44).

## 2.2.18 Causas potenciales de las deficiencias en el servicio.

### 2.2.18.1 Deficiencia 5.

La deficiencia percibida por el cliente en la calidad del servicio, es conocida como la Deficiencia 5, que es la diferencia entre el servicio esperado por el cliente (expectativas) y su percepción del servicio recibido (Ver Figura 6). Esta es el resultado de la suma de cuatro deficiencias que se producen internamente en las empresas. Para disminuirla, se deben mantener las Deficiencias 1 a 4 lo más bajas posible.

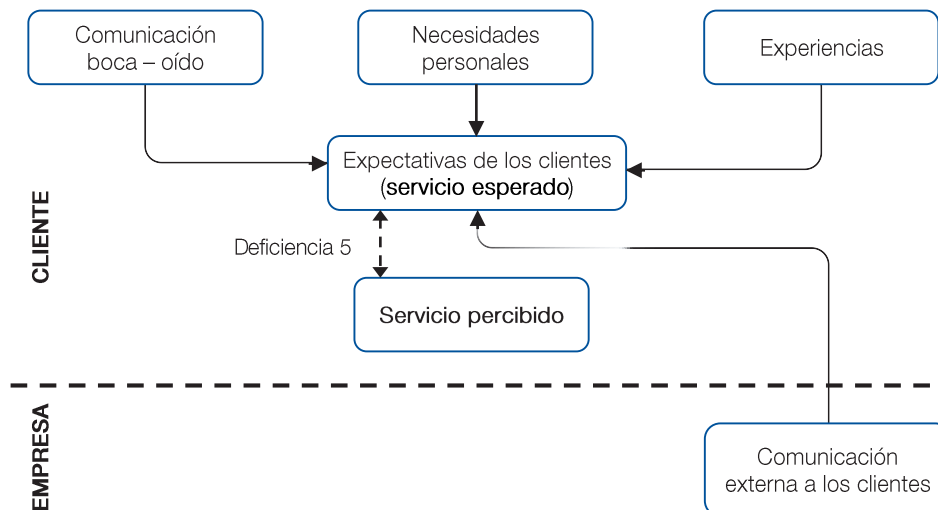


Figura 6. Deficiencia 5: Discrepancia entre las expectativas del usuario y el servicio recibido.  
Fuente: Zeithaml et al. (1992, p. 41).

De igual manera también existen factores clave que determinan las expectativas del cliente; estos son: la comunicación boca-oído, las necesidades personales, las experiencias previas y la comunicación externa de la empresa.

A continuación se describen las cuatro Deficiencias que contribuyen a la presencia de la Deficiencia 5.



### 2.2.18.2 Deficiencia 1.

Un conocimiento equivocado o incompleto sobre las expectativas de los clientes provoca que la empresa invierta recursos en ofrecer un servicio que no responde con precisión a dichas expectativas. La Deficiencia 1 (representada en la Figura 7) se presenta porque la empresa descuida o subestima la necesidad de comprender completamente las expectativas de los usuarios, por la inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing, una inadecuada comunicación vertical ascendente y excesivos niveles jerárquicos de mando.

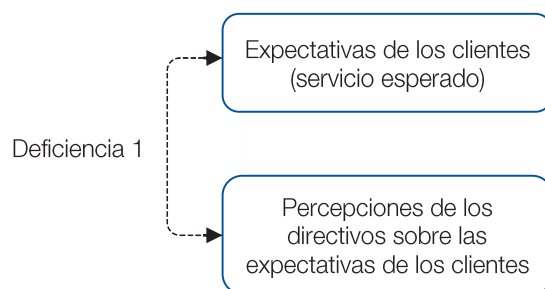
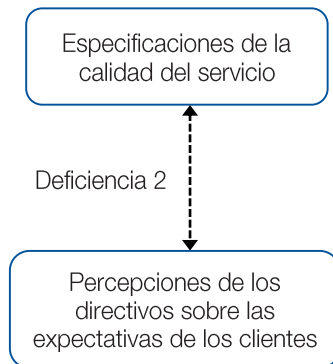


Figura 7. Deficiencia 1: Discrepancia entre lo que esperan los usuarios y lo que perciben los directivos respecto a esas expectativas. Fuente: Zeithaml et al. (1992, p. 44).

### 2.2.18.3 Deficiencia 2.

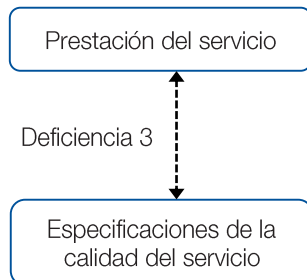
Conocer las expectativas de los clientes no basta; es necesario convertir dicho conocimiento en especificaciones o normas de calidad del servicio. La inexistencia de actuaciones estándar acordes con las expectativas de los clientes, repercutirá negativamente en la calidad del servicio percibido por estos. La Deficiencia 2 (representada en la Figura 8) se origina por un escaso compromiso que se asume respecto a la calidad del servicio, percepción de inviabilidad, errores en el establecimiento de las normas o estándares para la ejecución de las tareas, y ausencia de objetivos en función de lo que esperan los clientes.



*Figura 8.* Deficiencia 2: Discrepancia entre la percepción de los directivos sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de la calidad del servicio. Fuente: Zeithaml et al. (1992, p. 46).

#### **2.2.18.4 Deficiencia 3.**

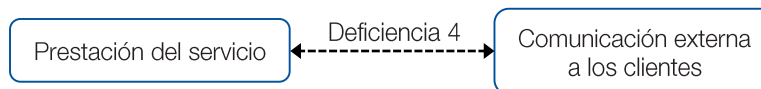
Una vez definidas las especificaciones de calidad del servicio que reflejen las expectativas del usuario, la empresa debe tener la capacidad y los mecanismos que aseguren su cumplimiento. La falta de disposición o de capacidad del personal de servicio para cumplir con las normas, hace que no se preste un servicio con el nivel de calidad requerido. La Deficiencia 3 (mostrada en la Figura 9) se presenta con mayor frecuencia cuando la prestación tiene un alto nivel de interacción humana. Los factores causales clave son ambigüedad en las funciones, conflictos funcionales, desajuste entre los empleados y sus funciones, desajuste entre la tecnología y las funciones, sistemas inadecuados de supervisión y control que conducen a sistemas de evaluación y compensación también inadecuados, ausencia de control percibido por parte de los empleados y ausencia de sentido de trabajo en equipo.



*Figura 9.* Deficiencia 3: Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio. Fuente: Zeithaml et al. (1992, p. 48).

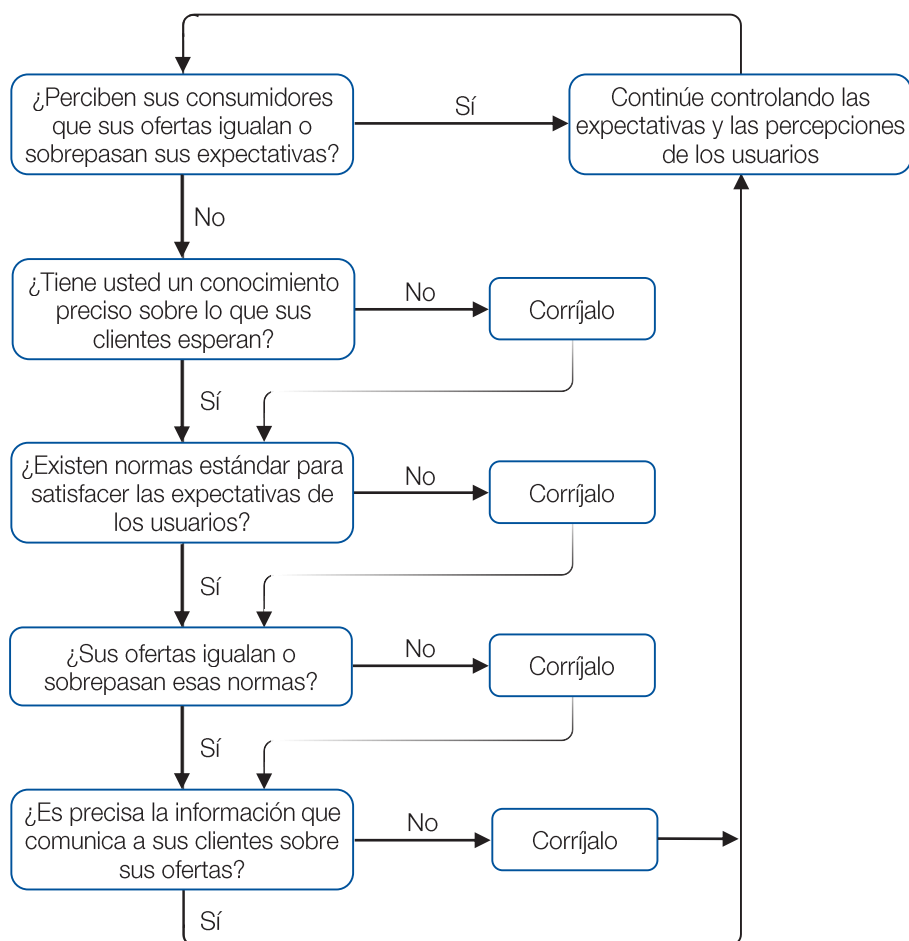
#### 2.2.18.5 Deficiencia 4.

La comunicación externa a los clientes afecta directamente sus expectativas, pero también su percepción sobre el servicio recibido. Cuando la prestación del servicio no corresponde con el servicio prometido, la calidad percibida es baja. A su vez, cuando la empresa comunica los esfuerzos que hace para prestar un servicio de calidad y cuando educa a los clientes para que sean mejores usuarios del servicio, la calidad percibida aumenta. Los factores causales clave de la Deficiencia 4 (mostrada en la Figura 10) son deficiencias en la comunicación horizontal, especialmente entre operaciones, marketing y recursos humanos, así como entre las sucursales; y tendencia a prometer en exceso en las comunicaciones externas.



*Figura 10.* Deficiencia 4: Discrepancia entre la prestación del servicio y el contenido de la comunicación externa a clientes sobre las características de la prestación. Fuente: Zeithaml et al. (1992, p. 49).

En la Figura 11 se puede observar el proceso lógico que podrían realizar las empresas para medir y mejorar la calidad de sus servicios. Las preguntas del lado izquierdo corresponden a las cinco deficiencias antes mencionadas. El proceso inicia comprendiendo la naturaleza y dimensión de la Deficiencia 5 para pasar a la identificación de evidencias sobre la existencia de las Deficiencias 1 a 4, y en posteriormente iniciar las correcciones necesarias.



*Figura 11.* Modelo del proceso para la medición y perfeccionamiento continuo de la calidad del servicio. Fuente: Zeithaml et al. (1992, p. 53).

### 2.3 Marco conceptual

Los conceptos multidimensionales de calidad del servicio planteados por Lehtinen y Lehtinen (1982), Grönroos (1984); y los estudios realizados por Zeithaml (1981); Parasuraman et al. (1985, 1988), identifican y definen una serie de variables que se utilizan para la creación de un modelo conceptual y la posterior implementación de un instrumento que permite llevar a cabo la medición de la calidad del servicio desde la perspectiva del cliente.

Para efectos del ejercicio de la investigación, y teniendo en cuenta estudios previos realizados por Bigné et al. (1997) y Rodríguez (2000) acerca de la medición de la calidad de los servicios de salud, se reconocen los planteamientos hechos por Zeithaml et al. (1992) en donde se recopila una serie de resultados de investigaciones previas, en los cuales la principal premisa es que la calidad del servicio es el resultado de la diferencia existente entre las expectativas y las percepciones del cliente con el servicio prestado (Ver Figura 12).

A partir del planteamiento inicial, se definen cuatro factores que influyen en la formación de las expectativas, los cuales son:

- Comunicación boca – oído.
- Necesidades personales.
- Experiencias previas.
- La comunicación externa.

Siendo la comunicación boca – oído, lo que los usuarios escuchan de otros usuarios; las necesidades personales, las que tiene cada usuario; las experiencias previas, las que los usuarios

han tenido con otras empresas de servicio; y finalmente la comunicación externa, la cual es un factor que proviene de la empresa prestadora del servicio.

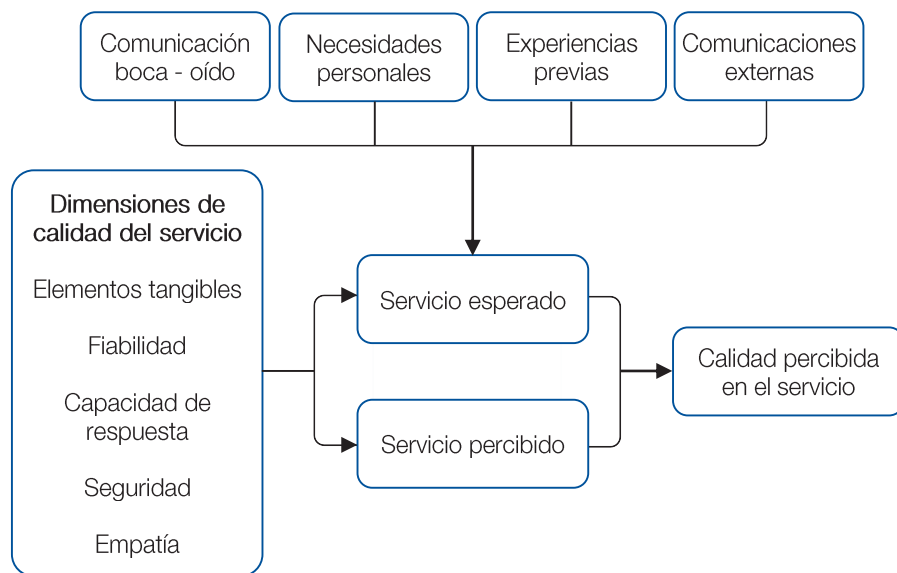


Figura 12. Evaluación del Cliente sobre la Calidad del Servicio. Fuente: Zeithaml et al. (1992, p.26).

El modelo igualmente comprende cinco dimensiones de evaluación de la calidad del servicio que son los elementos tangibles, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía, definidos así:

- Elementos tangibles: apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- Seguridad: conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.
- Empatía: atención individualizada que ofrecen las empresas a sus consumidores.

De esta manera, y apoyado en los conceptos de Zeithaml et al. (1992) y en los estudios realizados por Bigné et al. (1997), Rodríguez (2000) y Jain y Gupta (2004) que ratifican la fiabilidad y validez de la escala SERVQUAL, así como su aplicación en los servicios públicos, se espera realizar la investigación que permita evaluar la calidad del servicio prestado por la I.P.S. ABS Ltda.

### 3. Resultados

En el presente capítulo se presenta el desarrollo, análisis, y resultados obtenidos de la investigación realizada.

La muestra tomada fue de 175 usuarios de la IPS, realizando un muestreo estratificado dividido en cinco áreas de terapia física ofrecidas en la IPS (Terapia física, Acondicionamiento físico, Hidroterapia, Neuroterapia y Terapia respiratoria). Esto, con el fin de obtener una muestra más eficiente y representativa de cada segmento o estrato identificado. Sin embargo finalmente se realizaron 192 encuestas, lo que redujo el margen de error de un 5% a un 4,4% aproximadamente, aumentando la precisión de los resultados.

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue SERVQUAL, sin realizar modificaciones sustantivas a su contenido, de acuerdo a las necesidades de los usuarios y a las características de la IPS.

La recolección de la información se llevó a cabo entre los días 14 y 25 de mayo de 2015 en las instalaciones de la IPS. Los criterios de selección fueron los siguientes: hombres y mujeres mayores de 14 años de edad, que recibieran el servicio de terapia en las modalidades terapéuticas o áreas previamente mencionadas. En el área de Neuroterapia se realizó la encuesta a los padres o familiares acompañantes del usuario, ya que en la mayoría de casos, el usuario no se encontraba en capacidad de responder, a razón de su edad (menores de 14 años) o porque el diagnóstico terapéutico así lo ratificaba.

La encuesta fue aplicada de manera asistida, en donde el encuestador explicó a cada usuario la dinámica de la misma y su consecuente aplicación. Se emplearon *Listas de apoyo* para



facilitar la comprensión del encuestado (Ver Apéndice B), se procedió a leer las declaraciones SERVQUAL, así como las preguntas referentes al nivel de importancia de las dimensiones, las de satisfacción del servicio y variables sociodemográficas, obteniendo así los datos requeridos para el estudio.

Posterior a la recolección de datos, se realizó su procesamiento y respectivo análisis estadístico, con la utilización del programa SPSS 22.0, para finalmente obtener los siguientes resultados.

### **3.1 Análisis de los resultados**

En primer lugar se realizará un análisis descriptivo (tablas y gráficas) para observar de manera general la información referente a variables sociodemográficas como género, edad, nivel educativo, ocupación y estrato socioeconómico. De igual manera se analizará la calificación general del servicio dada por los usuarios de la IPS; así como el nivel de importancia relativa de las dimensiones del servicio. Posteriormente, se llevará a cabo un análisis estadístico a las declaraciones del SERVQUAL con el fin de calcular los promedios de cada una y, de esta manera, determinar el valor de las brechas existentes entre el servicio esperado y el servicio recibido (Puntaje SERVQUAL). Si el valor de la brecha o puntaje SERVQUAL es positivo, nos indicará que las expectativas del usuario fueron superadas, es decir, el usuario recibió un servicio por encima de lo que esperaba; por el contrario si la puntuación SERVQUAL resulta negativa, quiere decir que el servicio recibido estuvo por debajo del servicio esperado; en otras palabras, que el servicio recibido no logró igualar ni superar las expectativas del cliente.

### 3.1.1 Caracterización.

Con base en la encuesta realizada a 192 usuarios de la IPS, se obtuvieron los siguientes resultados referentes a variables sociodemográficas.

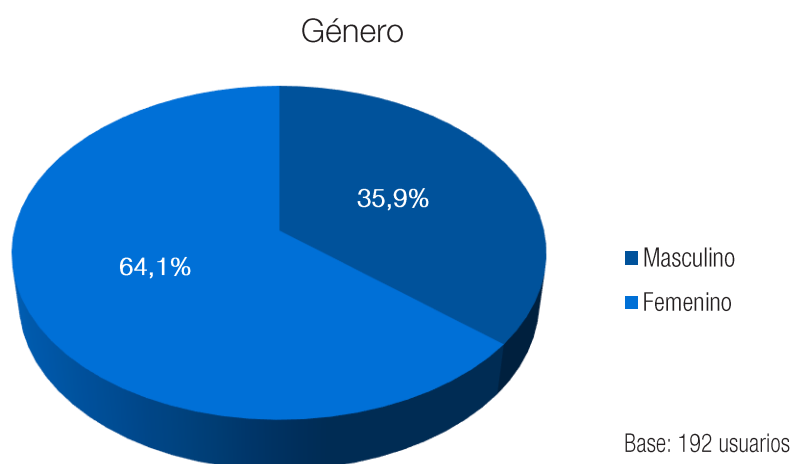


Figura 13. Género de los usuarios. Fuente: La investigación.

Como puede observarse en la Figura 13, un 64,1 % de los usuarios encuestados son mujeres (123 usuarios); y un 35,9% son hombres (equivalente a 69 usuarios).

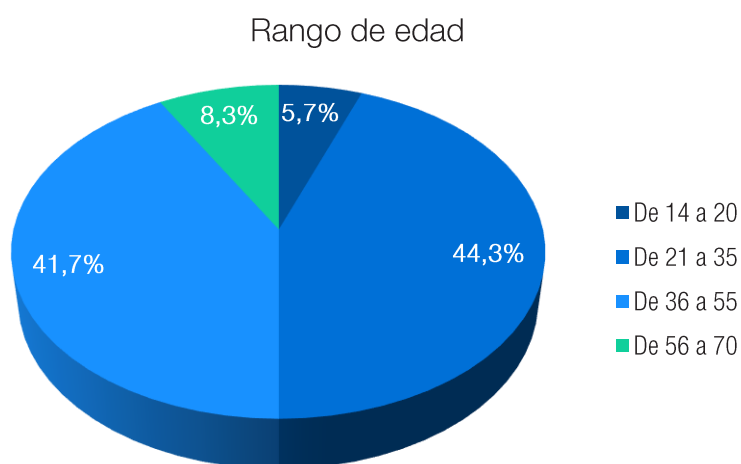


Figura 14. Rango de edad de los usuarios. Fuente: La investigación.

Los rangos de edad de los usuarios encuestados están entre los 14 y los 70 años; siendo los rangos de 21 a 35 y de 36 a 55 los de mayor porcentaje dentro de la población encuestada, con un 44,3% y 41,7% respectivamente, equivalentes a 85 y 80 usuarios de la IPS. El rango de edad con menor porcentaje es de los 14 a 20 años, con un 5,7 % del total de encuestados (Ver Figura 14).

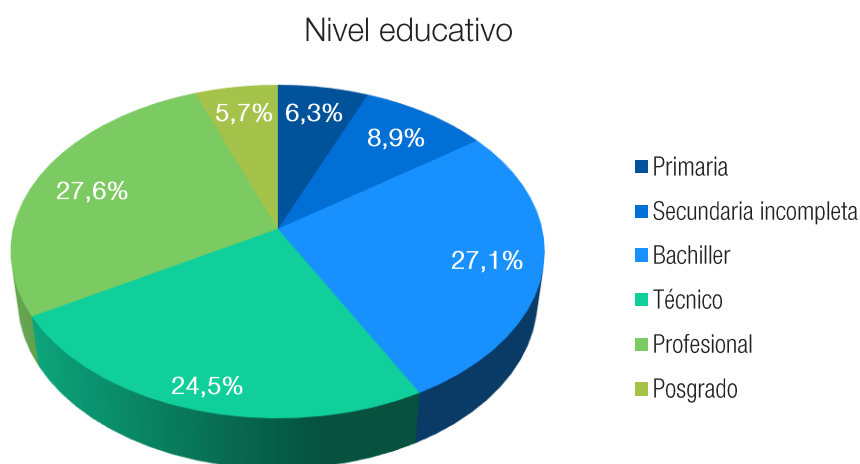


Figura 15. Nivel educativo de los usuarios. Fuente: La investigación.

Dentro de los datos suministrados por los usuarios, en relación con su nivel educativo se encontró que el 27,6 % equivalente a 53 encuestados, tiene un nivel educativo *profesional*; el 27,1% equivalente a 52 usuarios, es *bachiller*; y el 24,5% equivalente a 47 encuestados, tiene un nivel educativo *técnico*; siendo estos los porcentajes más representativos de la muestra total de 192 usuarios. Un 8,9% corresponde a 17 usuarios que no han culminado sus estudios de *secundaria* y un 6,3% tiene un nivel educativo de *primaria*; por último un 5,7% tiene estudios de *posgrado* (Ver Figura 15).

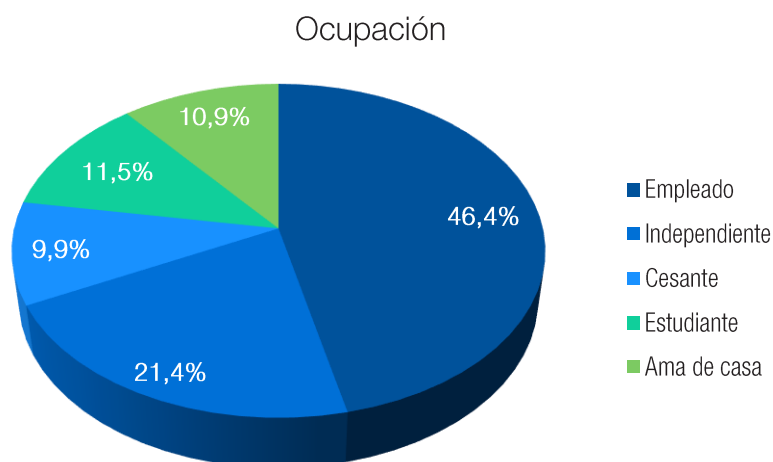


Figura 16. Tipo de ocupación de los usuarios. Fuente: La investigación.

El tipo de ocupación más frecuente entre los usuarios es el de *empleado*, con un 46,4% equivalente a 89 clientes de un total de 192; le siguen quienes son *independientes*, con un 21,4% (41 clientes). El porcentaje más bajo lo tienen los *cesantes* con un 9,9%, equivalente a 19 personas (Ver Figura 16).

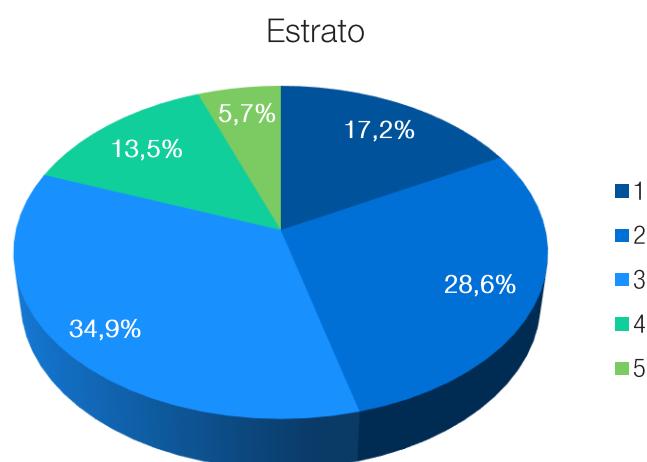


Figura 17. Estrato socioeconómico de los usuarios. Fuente: La investigación.

En cuanto al estrato socioeconómico, la mayor parte de usuarios pertenece a los *estratos 2 y 3*, en un 28,6% (55 usuarios) y 34,9% (67 usuarios) respectivamente. Les sigue el *estrato 1* con un 17,2%, *el estrato 4* (13,5%), y finalmente el *estrato 5*, con un 5,7% del total de usuarios encuestados (Ver Figura 17).

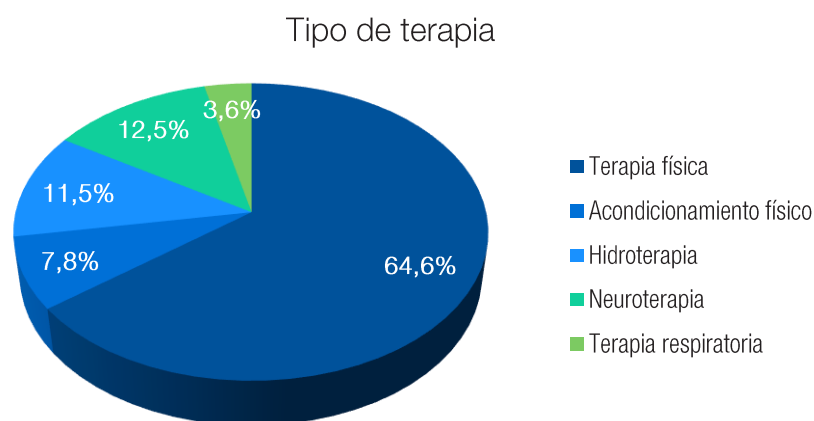


Figura 18. Tipo de terapia de los usuarios. Fuente: La investigación.

En la Figura 18 se muestra el porcentaje de usuarios por tipo de terapia, basado en el muestreo estratificado indicado en la Tabla 2 (Capítulo 1). Una amplia mayoría (64,6%) hace uso del servicio de *terapia física*; en contraste, un 3,6% corresponde a *terapia respiratoria*.

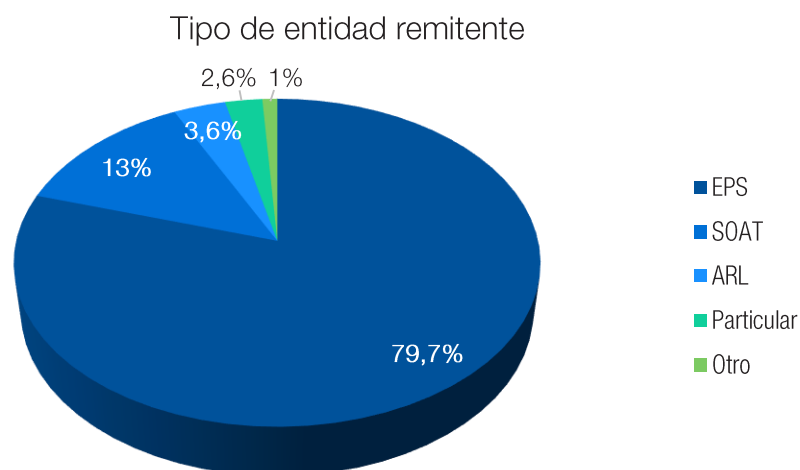


Figura 19. Tipo de entidad remitente de los usuarios. Fuente: La investigación.

La mayoría de usuarios son remitidos por *EPS* (79,7%), seguidos por aquellos remitidos por *SOAT* (13%). Los particulares equivalen a un 2,6%; por *otro tipo de entidades* llega un 1% de la población (Ver Figura 19).

### 3.1.2 Nivel de satisfacción con el servicio.

En las encuestas aplicadas se solicitó a los usuarios que calificaran de manera general el servicio recibido en una escala de 7 puntos, tomando 7 como una calificación *Excelente*, y 1 como *Pésima*. Según los resultados mostrados en la Figura 20, el 57,3% calificó el servicio con 7 puntos y el 29,7% asignó una calificación de 6 puntos. Esto nos indica que el 87% de los usuarios siente una alta satisfacción con el servicio. El 10,4% de los encuestados asignó una calificación de 5 puntos, mientras que tan solo el 2,6% asignó una calificación de 3 y 4 puntos. La mediana de las calificaciones es de 7 y el promedio es de 6,41.

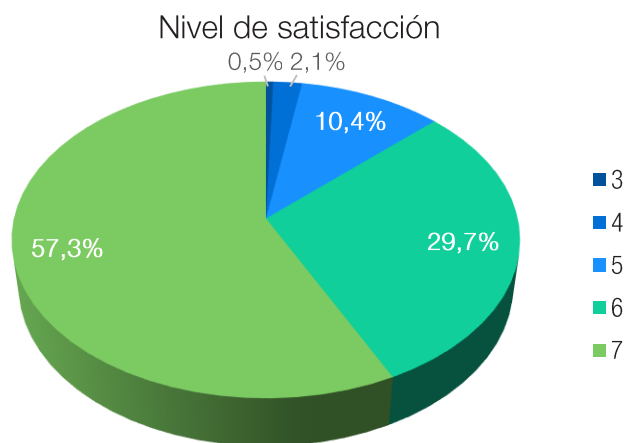


Figura 20. Nivel de satisfacción de los usuarios. Fuente: La investigación.

El nivel de satisfacción del servicio según el género del usuario no muestra grandes diferencias frente al nivel de satisfacción en general. En la Figura 21 se observa una leve tendencia del género *masculino*, por calificaciones de alta satisfacción, con 6 puntos porcentuales mayor que el género *femenino*; sin embargo, debe tenerse en cuenta que el mayor porcentaje de encuestados es de género *femenino*.

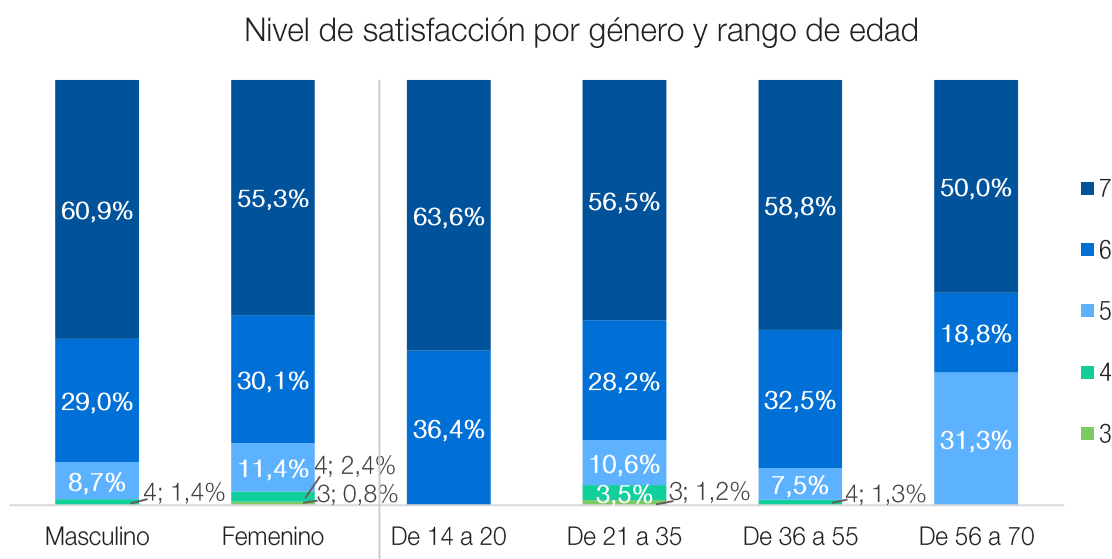


Figura 21. Nivel de satisfacción por género y rango de edad. Fuente: La investigación.

Como se aprecia en la Figura 21, el nivel de satisfacción por rango de edad muestra un comportamiento similar en los rangos de edades de *21 a 35* y de *36 a 55* años, con calificaciones de alto nivel de satisfacción (6 y 7 puntos) en un 84,7% y 91,3% respectivamente. Por otra parte, se muestra que el rango de *56 a 70* años es el que tiene menor porcentaje de calificaciones altas, con un 68,8%, así como el mayor porcentaje de calificación de 5 puntos con un 31,3%, lo que indica un nivel moderado en la satisfacción del servicio. Finalmente, el rango de menor edad (*de 14 a 20*) muestra un 100% de alta satisfacción con el servicio, asignando solo calificaciones de 6 y 7 puntos.

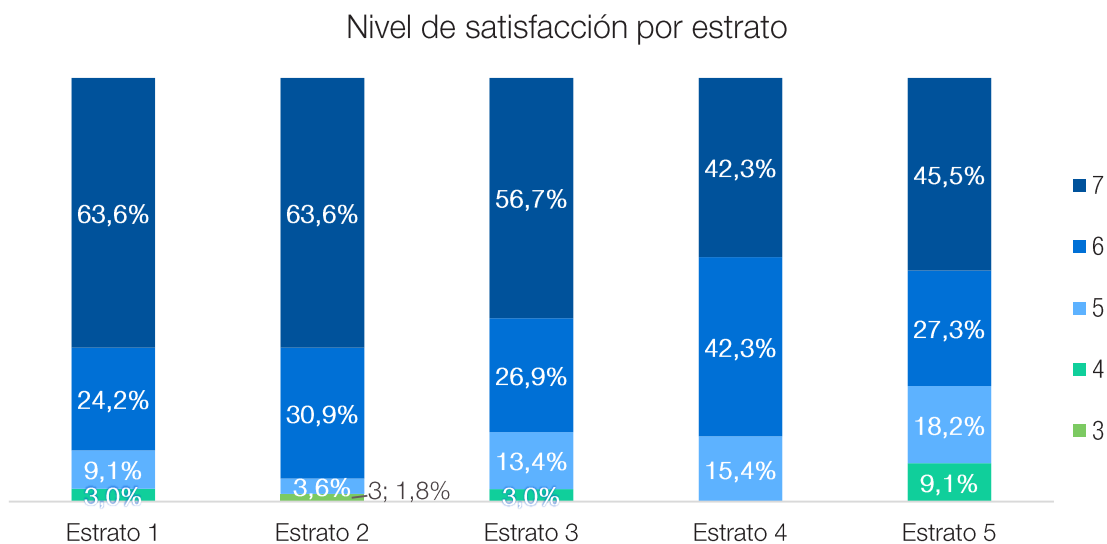
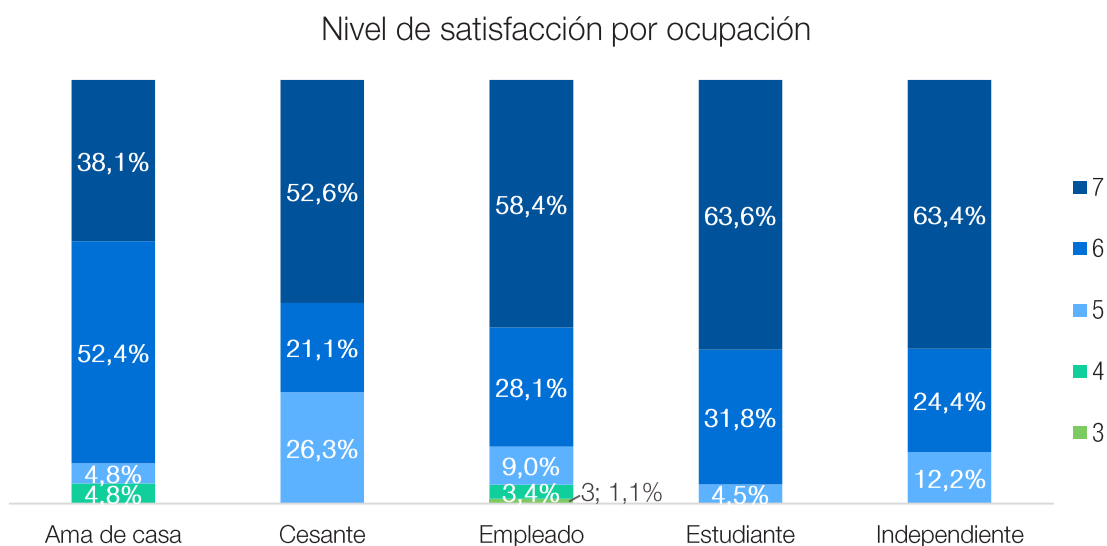


Figura 22. Nivel de satisfacción por estrato socioeconómico. Fuente: La investigación.

En la Figura 22 se puede observar una tendencia decreciente en las calificaciones del más alto nivel de satisfacción (7 puntos), desde los estratos más bajos hacia los más altos. El 64% de los encuestados pertenecientes al *estrato 1* y *2* calificaron con 7 puntos su nivel de satisfacción con el servicio, mientras que en los *estratos 4* y *5* este porcentaje disminuyó al 42% y 45% respectivamente. De igual manera, hacia los estratos más altos se observa una leve tendencia creciente para las calificaciones inferiores a 6 puntos. No obstante, cabe recordar que el promedio de calificaciones es de 6,41.





*Figura 23.* Nivel de satisfacción por ocupación. Fuente: La investigación.

En cuanto al nivel de satisfacción según la ocupación de los usuarios de la IPS, se observa que los *estudiantes* son quienes asignaron mayor porcentaje de calificaciones de 6 y 7 puntos, con un 95,46%. También se destaca que quienes son *empleados* asignaron un 4,49% de calificaciones a puntajes de 4 y 5 puntos. El resto de segmentos de usuarios siguen la tendencia general (Ver Figura 23).

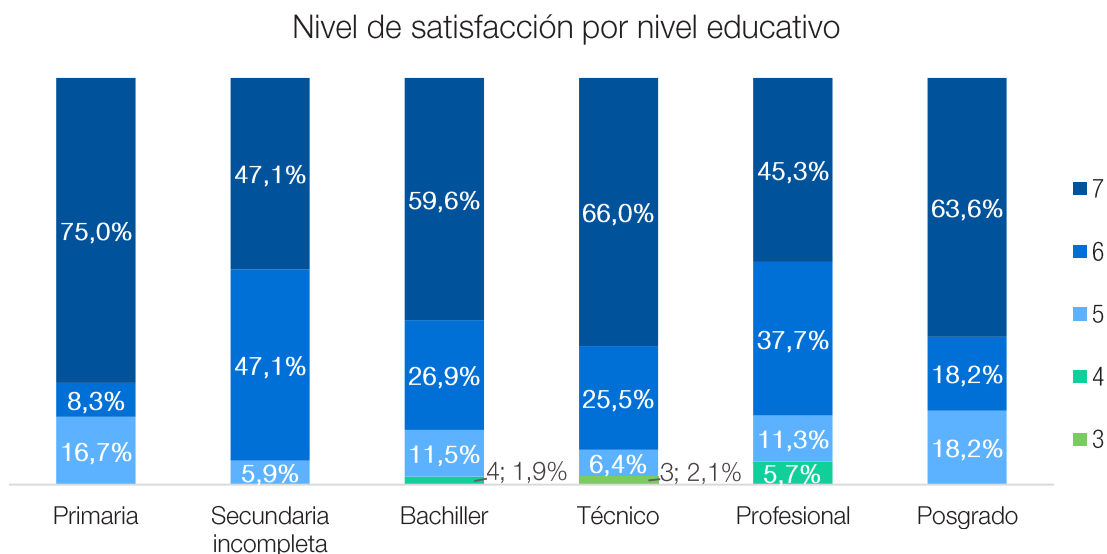


Figura 24. Nivel de satisfacción por nivel educativo. Fuente: La investigación.

En la Figura 24 se aprecia que de acuerdo al nivel educativo de los usuarios, el mayor porcentaje de calificaciones de 7 puntos lo asignaron quienes se encuentran en un nivel educativo de *primaria*, con un 75%. El porcentaje más bajo de calificación de 7 puntos (45,3%) se observó en quienes tienen un nivel académico *profesional*. También se observa que aquellos con nivel educativo de *posgrado* asignaron un valor de 5 puntos a un 18,18% de sus calificaciones, siendo este el mayor porcentaje asignado a un valor menor de 6 puntos.

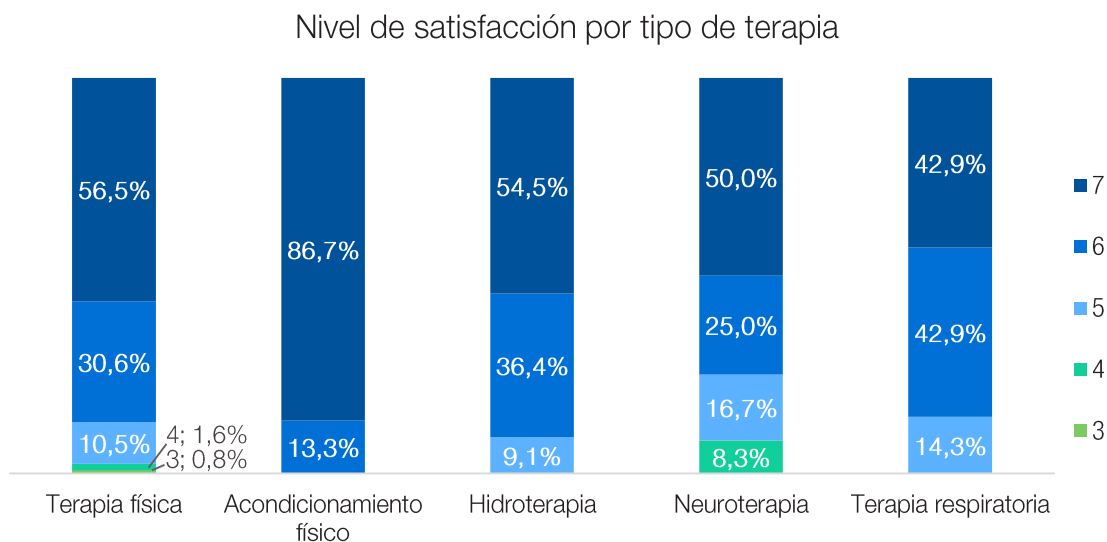


Figura 25. Nivel de satisfacción por tipo de terapia. Fuente: La investigación.

El tipo de terapia que muestra mayor nivel de satisfacción con el servicio es *Acondicionamiento físico*, con un 100% de calificaciones de alto nivel de satisfacción, distribuidas en un 86,67% de 7 puntos y el restante 13,33% de 6 puntos (Ver Figura 25). La modalidad terapéutica que presenta menor porcentaje de calificaciones de alto nivel de satisfacción es *Neuroterapia*, con un 75% de calificaciones de 6 y 7 puntos; al mismo tiempo, presenta el mayor porcentaje de calificaciones de 4 puntos, con un 8,33%.

### 3.1.3 Nivel de importancia de las cinco dimensiones de la calidad del servicio.

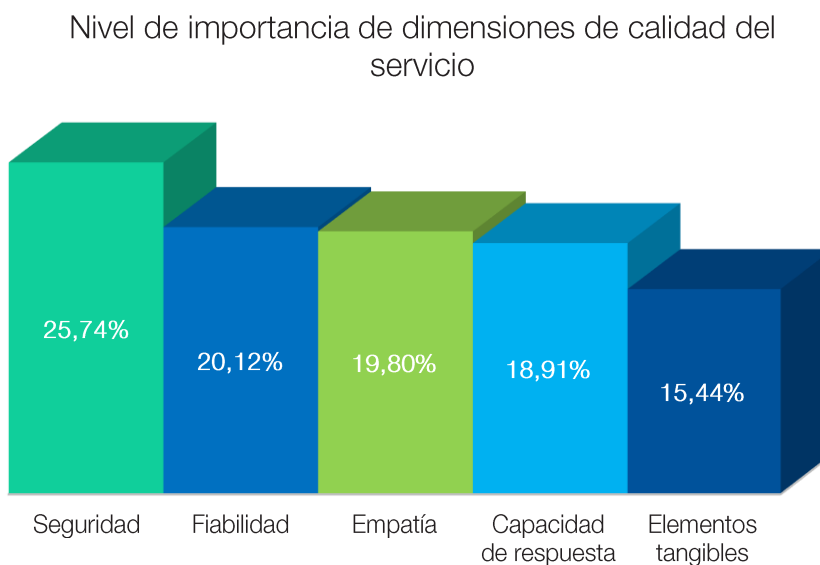


Figura 26. Nivel de importancia de las dimensiones de calidad del servicio. Fuente: La investigación.

No existe una gran diferencia de acuerdo a la importancia dada a cada una de las dimensiones del servicio, lo que implica o sugiere, que los usuarios aspiran a tener un servicio integral (Ver Figura 26). Sin embargo la *seguridad*, referente a los conocimientos y trato amable de los empleados de una IPS de fisioterapia, es para los usuarios la característica más importante en el servicio (25,74%). En el lado opuesto está el aspecto menos importante para los usuarios: los *elementos tangibles* (15,44%), referente a la apariencia de las instalaciones físicas, del personal, de los materiales y de los equipos médicos.

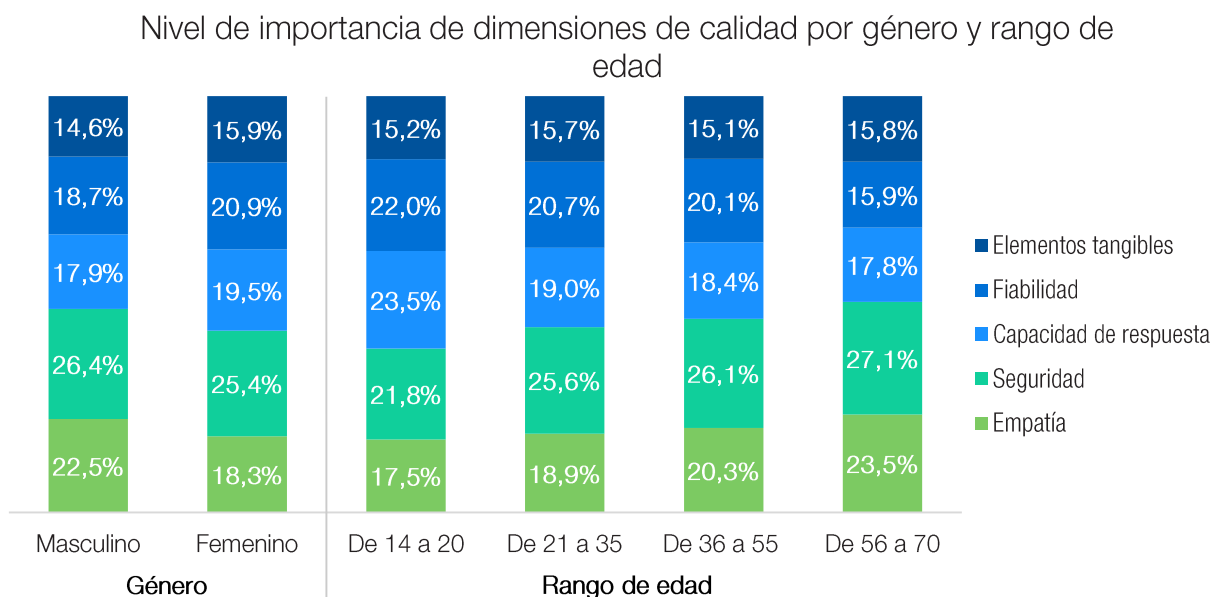


Figura 27. Importancia de las dimensiones por género y rango de edad. Fuente: La investigación.

Por segmentos de clientes, se observan diferentes posiciones respecto a cada dimensión de calidad del servicio; aunque estas son leves, nos indican mayor o menor sensibilidad de algunos segmentos frente a ciertos aspectos del servicio. En la Figura 27, se describe la importancia de las dimensiones del servicio para los diferentes segmentos, destacándose algunas diferencias respecto a la tendencia general:

- Por *género*, las mujeres tienden a ser más sensibles a la *Fiabilidad* (20,9%), la *Capacidad de respuesta* (19,5%) y los *Elementos tangibles* (15,9%) que los hombres: (18,7%), (17,9%) y (14,6%) respectivamente. Sin embargo, muestran menor sensibilidad por la *Empatía* (18,3%) que los hombres (22,5%).
- Por *Edades*, los rangos de 36 a 55 años y de 56 a 70 muestran mayor sensibilidad frente a la *Seguridad* respecto al promedio general (26,1% y 27,1% respectivamente). Por el

contrario las edades de 14 a 20 muestran la menor sensibilidad en este aspecto, con un 21,8%, encontrándose por debajo de la tendencia general.

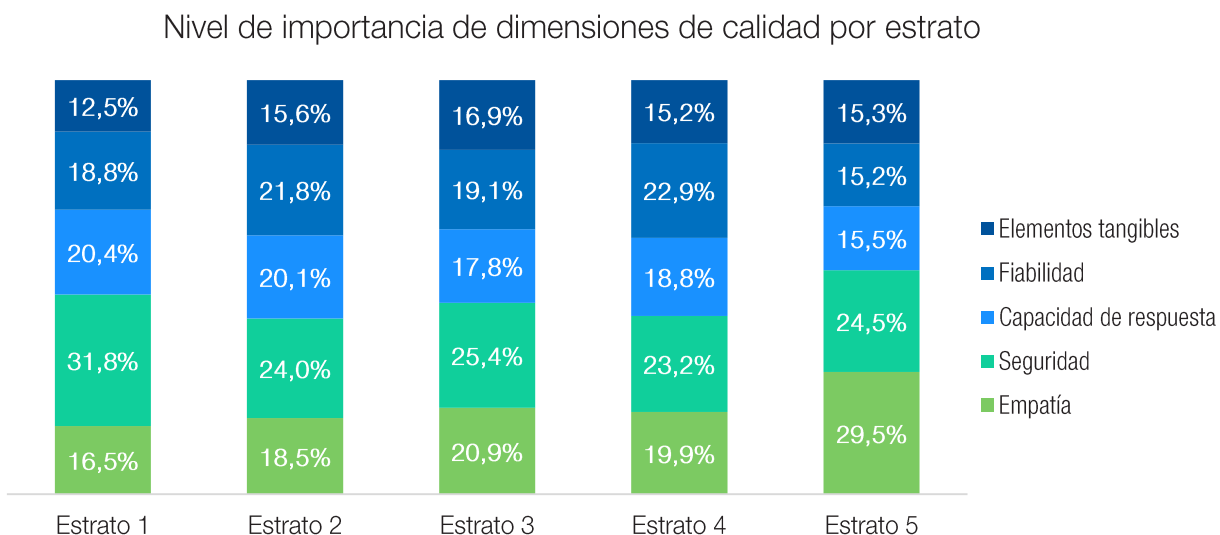


Figura 28. Importancia de las dimensiones por estrato socioeconómico. Fuente: La investigación.

Se puede observar en la Figura 28, que el *estrato 1* es más sensible al aspecto relacionado con la *Seguridad* (31,8%) que el promedio general (25,74%); y es menos sensible a los *Elementos tangibles* (12,5%) que el resto de estratos socioeconómicos. El estrato que muestra más sensibilidad respecto a la *Fiabilidad*, segundo aspecto con más importancia en general, es el estrato 4 (22,9%). El resto se encuentra dentro de la tendencia general.

Según los resultados observados en la Figura 29, los usuarios de *Neuroterapia* le dan mayor importancia a la *Fiabilidad* (26,0%), mientras que los usuarios de *Terapia Respiratoria* son menos susceptibles a la *Empatía* (12,1%). Finalmente se observa que los usuarios de *Acondicionamiento físico* le dan menor importancia a la *Capacidad de respuesta* (16,1%).

Nivel de importancia de dimensiones de calidad por tipo de terapia

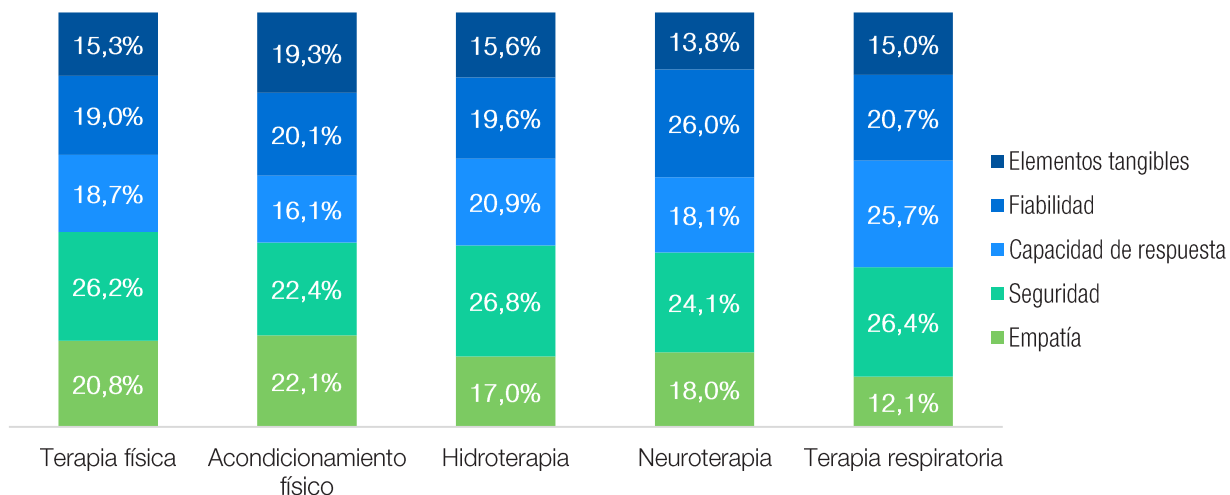


Figura 29. Importancia de las dimensiones por tipo de terapia. Fuente: La investigación.

## 3.2 Calidad del servicio – modelo SERVQUAL

### 3.2.1 Índice de Percepción de la Calidad del Servicio.

Como se muestra en la Tabla 7, el índice de percepción de la calidad del servicio es de **6,16 puntos** de un total de 7 puntos posibles, equivalente a 87,9%. Se ubica en un nivel *satisfactorio*, de acuerdo con la siguiente escala:

- **Superior a 90%:** *Excelente*, mantener las fortalezas.
- **Entre el 80% y el 89,9%:** *Satisfactorio*, aprovechar las oportunidades de mejoramiento concretas para lograr la excelencia.
- **Entre el 70% y el 79,9%:** *Regular*, se requieren acciones de mejoramiento para incrementar el nivel de satisfacción, alto riesgo de decaer a nivel deficiente.
- **Inferior al 70%:** *Deficiente*, requiere acciones urgentes y profundas en la prestación del servicio para satisfacer las demandas de los clientes.

### 3.2.2 Puntaje SERVQUAL total y por Dimensiones

La brecha o puntuación SERVQUAL, como se observa en la Tabla 7, es el resultado de la diferencia entre la percepción y la expectativa (Puntuación SERVQUAL = Puntuación Percepciones - Puntuación Expectativas). Para obtener el *Total* o *Medición Total de la Calidad del Servicio*, teniendo en cuenta la importancia relativa de los distintos criterios, se siguieron los siguientes pasos (Ver Apéndice C):

1. Para cada cliente, se calculó la puntuación SERVQUAL promedio de cada uno de los cinco criterios.
2. Para cada cliente, se multiplicó la puntuación SERVQUAL de cada criterio (obtenido en el primer paso) por el peso (importancia relativa) asignado por el cliente a esa dimensión (el peso o importancia relativa representa, simplemente, los puntos que el cliente asignó al criterio, divididos entre 100).
3. Para cada cliente, se sumaron las puntuaciones SERVQUAL ponderadas de los cinco criterios (obtenidas en el paso anterior) y se obtuvo una puntuación SERVQUAL ponderada combinada.
4. Se sumaron las puntuaciones obtenidas en el paso anterior para los N clientes y se dividió el total entre N.

Como resultado de este procedimiento, se obtuvo una puntuación SERVQUAL *ponderada* de **(-0,63)** (Ver Tabla 7), la cual representa la brecha existente entre el *servicio esperado* y el *servicio recibido*, teniendo en cuenta la importancia relativa asignada por cada cliente a los diferentes criterios de calidad. Esta puntuación nos indica que el *servicio recibido* estuvo por



debajo del *servicio esperado*; en otras palabras, que el servicio ofrecido por la IPS no superó las expectativas de los clientes.

Tabla 7. *Resultados de expectativas y percepciones por dimensiones de calidad.*

Dimensión	Expectativa	Percepción	Brecha	% Expectativa	% Percepción
Elementos tangibles	6,54	5,56	-0,97	93,4%	79,5%
Fiabilidad	6,80	6,31	-0,49	97,2%	90,1%
Capacidad de respuesta	6,79	6,28	-0,52	97,0%	89,7%
Seguridad	6,86	6,45	-0,41	97,9%	92,1%
Empatía	6,81	5,96	-0,85	97,3%	85,2%
Total	6,78	6,16	-0,63	96,8%	87,9%

Fuente: La investigación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, y como se observa en la Tabla 7, ninguno de los criterios o dimensiones de calidad del servicio obtuvo calificaciones de percepción por encima de las expectativas (Ver Figura 30), lo cual da como resultado brechas negativas en cada una de las dimensiones (Ver Figura 31). La dimensión que mejor percepción del servicio tuvo fue **Seguridad** (Conocimiento, trato amable, habilidad para transmitir fe y confianza) con una calificación de **(6,45)**, equivalente a un **92,1%**, lo que sugiere mantener las fortalezas y buscar oportunidades de mejoramiento para alcanzar o superar las expectativas de los usuarios del servicio; de igual manera, es el aspecto que menor diferencia presenta entre percepciones y expectativas **(-0,41)**, y también, el de mayor importancia relativa según la ponderación hecha por los usuarios. Por otro lado, se observa que la dimensión de menor nivel de percepción es **Elementos tangibles** (Apariencia de las instalaciones físicas, personal, materiales y equipos médicos) con un **5,56** equivalente a **79,5%**, y con una diferencia entre percepciones y expectativas de **(-0,97)**, lo que sugiere que se requieren acciones de mejoramiento para incrementar el nivel de percepción. Estas calificaciones referentes a los elementos tangibles, también indican un alto riesgo a decaer en un nivel deficiente del servicio.

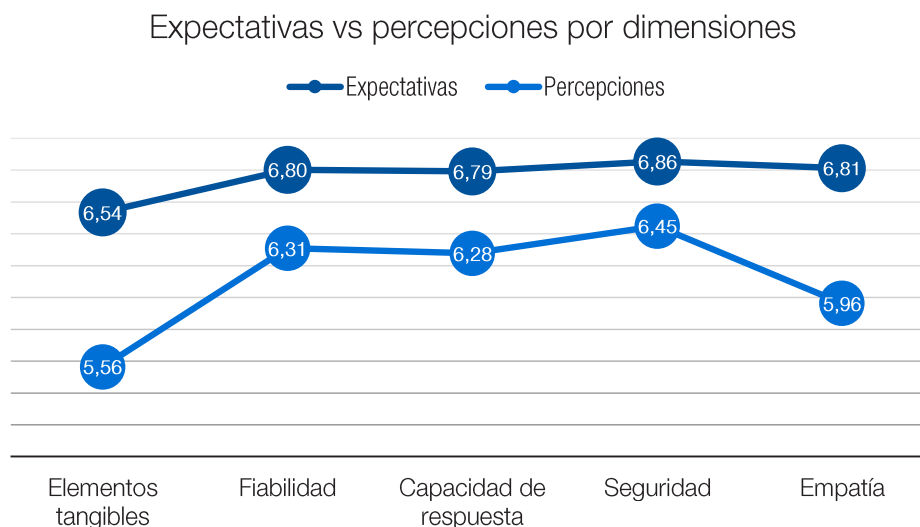


Figura 30. Expectativas versus percepciones por dimensiones de calidad. Fuente: La investigación.

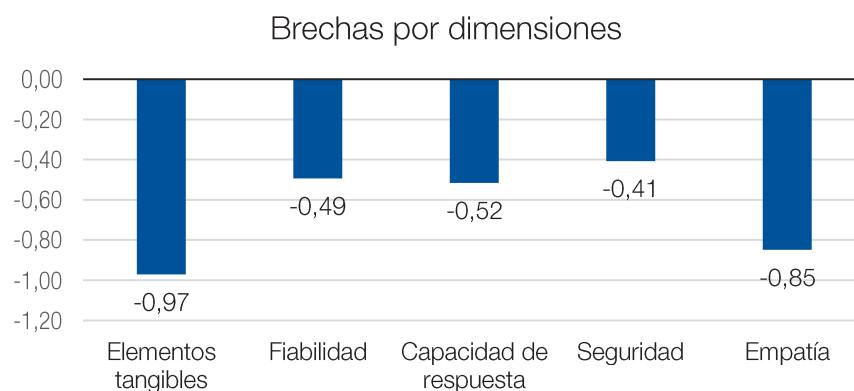


Figura 31. Brechas por dimensiones de calidad. Fuente: La investigación.

En cuanto a las brechas de las dimensiones o criterios de calidad del servicio, se observan diferentes comportamientos por segmentos de clientes. Como se puede observar en la Tabla 8, la dimensión de **Elementos tangibles** presenta la mayor brecha por género, (-1,01) para las mujeres; al igual que por rangos de edad, (-1,45) para el rango *de 56 a 70*. Por el contrario, la dimensión con menor brecha es **Seguridad**, con un (-0,41), tanto para hombres como mujeres; así como es el criterio con menor brecha entre los rangos de edad, con (-0,23) para el segmento *de 14 a 20*.

Tabla 8. Brechas de las dimensiones por género y rango de edad.

Dimensión	Género		Rango de edad			
	Masculino	Femenino	De 14 a 20	De 21 a 35	De 36 a 55	De 56 a 70
Elementos tangibles	-0,90	-1,01	-0,66	-0,96	-0,93	-1,45
Fiabilidad	-0,43	-0,53	-0,33	-0,54	-0,41	-0,81
Capacidad de respuesta	-0,42	-0,57	-0,30	-0,60	-0,43	-0,67
Seguridad	-0,41	-0,41	-0,23	-0,44	-0,36	-0,61
Empatía	-0,86	-0,84	-0,40	-0,89	-0,82	-1,05
Promedio	-0,60	-0,67	-0,38	-0,69	-0,59	-0,92
Base	69	123	11	85	80	16

Fuente: La investigación.

Realizando un análisis de las brechas de cada dimensión por tipo de terapia, encontramos que la mayor corresponde a **Elementos tangibles (-1,36)**, de acuerdo a las calificaciones asignadas por los usuarios de *Terapia respiratoria*; esta brecha confirma la tendencia general observada en dicha dimensión de calidad. Las menores brechas pertenecen al criterio de **Seguridad (-0,28)** y **(-0,31)**, según los usuarios de *Acondicionamiento físico* e *Hidroterapia* respectivamente, y a **Capacidad de respuesta (-0,31)** correspondiente al segmento de *Hidroterapia* (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Brechas de las dimensiones por tipo de terapia.

Dimensión	Tipo de terapia				
	Terapia física	Acondicionamiento físico	Hidroterapia	Neuroterapia	Terapia respiratoria
Elementos tangibles	-0,93	-1,03	-0,75	-1,23	-1,36
Fiabilidad	-0,47	-0,37	-0,43	-0,78	-0,46
Capacidad de respuesta	-0,51	-0,42	-0,31	-0,78	-0,64
Seguridad	-0,38	-0,28	-0,31	-0,70	-0,50
Empatía	-0,88	-0,60	-0,66	-1,04	-0,80
Promedio	-0,63	-0,54	-0,49	-0,91	-0,75
Base	124	15	22	24	7

Fuente: La investigación.

A continuación se exponen los puntajes de expectativas, percepciones y la brecha o puntaje SERVQUAL para cada una de las dimensiones con sus respectivas declaraciones. Esto permite observar en mayor profundidad aquellas declaraciones que tienen más influencia en la brecha promedio de cada dimensión. De igual manera se analizan los segmentos de clientes y su respectivo puntaje SERVQUAL para cada declaración.

### 3.2.2.1 Elementos tangibles.

Tabla 10. Calificaciones promedio por Declaraciones - Elementos tangibles.

Declaración	Expectativa	Percepción	Brecha
1. Los equipos tienen apariencia moderna.	6,38	5,09	-1,29
2. Las instalaciones físicas son visualmente atractivas.	6,53	5,44	-1,08
3. Los empleados tienen una apariencia pulcra.	6,77	6,35	-0,42
4. Los materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos.	6,47	5,38	-1,09
Promedio	6,54	5,56	-0,97

Fuente: La investigación.

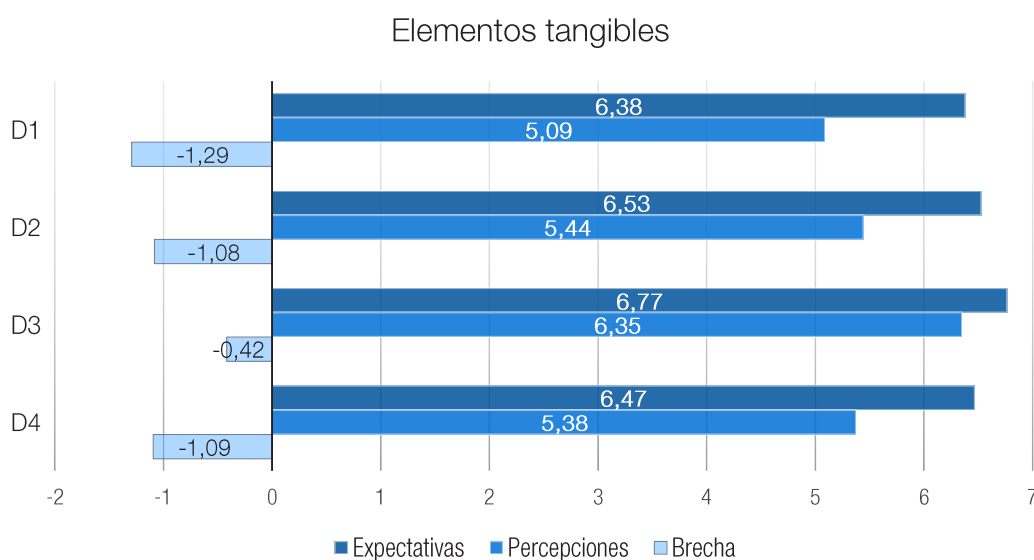


Figura 32. Brechas promedio por Declaraciones - Elementos tangibles. Fuente: La investigación.

Como se puede observar en la Tabla 10, la *declaración 1* referente a la apariencia de los equipos, tiene la calificación de percepción más baja (**5,09**) dentro de la dimensión de Elementos tangibles y al mismo tiempo presenta la brecha más grande (**-1,29**), lo que sugiere que esta declaración es para los usuarios en general la que menos cumple con sus expectativas (Ver Figura 32). Contrario a esta, la *declaración 3* acerca de la pulcritud de los empleados, tiene el puntaje más alto en cuanto a expectativas se refiere (**6,77**), lo cual revela la especial importancia que este aspecto tiene para los usuarios del servicio. Igualmente esta declaración tiene el mayor puntaje de percepción, lo que indica una alta satisfacción en cuanto a la pulcritud; además presenta la brecha más baja (**-0,42**). Sin embargo, a pesar de tener una alta calificación en la percepción, continúa existiendo una mínima diferencia entre lo que los usuarios esperan y lo que realmente reciben.

Tabla 11. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes - Elementos tangibles

Brechas de declaraciones de Elementos tangibles por género, rango de edad y tipo de terapia						
Declaración	Género		Rango de edad			
	Masculino	Femenino	De 14 a 20	De 21 a 35	De 36 a 55	De 56 a 70
D1	-1,28	-1,30	-0,73	-1,34	-1,16	-2,06
D2	-1,01	-1,12	-0,82	-1,02	-1,10	-1,50
D3	-0,32	-0,47	-0,27	-0,36	-0,48	-0,50
D4	-1,00	-1,15	-0,82	-1,11	-0,99	-1,75
Promedio	-0,90	-1,01	-0,66	-0,96	-0,93	-1,45
Base	69	123	11	85	80	16
Declaración	Tipo de terapia					
	Terapia física	Acondicionamiento físico	Hidroterapia	Neuroterapia	Terapia respiratoria	
D1	-1,19	-1,53	-1,00	-1,67	-2,14	
D2	-0,98	-1,20	-0,05	-1,38	-1,71	
D3	-0,44	-0,60	-0,14	-0,54	-0,14	
D4	-1,11	-1,80	-0,82	-1,33	-1,43	
Promedio	-0,93	-1,03	-0,75	-1,23	-1,36	
Base	124	15	22	24	7	

Fuente: La investigación.

En la Tabla 11 se detallan las brechas de cada declaración respecto a los Elementos tangibles por segmentos de clientes. Se puede observar por *género* que la mayor brecha se presenta en la *declaración 1*, (los equipos tienen apariencia moderna) con **(-1,28)** para los hombres y **(-1,30)** para las mujeres. Igualmente para el *rango de edad* de 56 a 70 años y para los usuarios de *Terapia respiratoria*, esta declaración es la que tiene mayor diferencia entre el servicio esperado y el recibido. Finalmente, se destaca que la declaración que más se acercó a las expectativas de los usuarios de *Hidroterapia y Terapia respiratoria* es la relacionada con la pulcritud de los empleados (D3), aspecto que además de contribuir a la estética y uniformidad del personal, transmite una imagen de uniformidad y seriedad que contribuye a la construcción de confianza en los clientes.

### 3.2.2.2 Fiabilidad.

Tabla 12. *Calificaciones promedio por Declaraciones - Fiabilidad.*

Declaración	Expectativa	Percepción	Brecha
5. Cuando prometen hacer algo en un determinado tiempo, lo hacen.	6,81	6,11	-0,69
6. Cuando Ud. tiene algún problema, muestran sincero interés en solucionarlo.	6,82	6,30	-0,52
7. Realizan bien el servicio la primera vez.	6,81	6,36	-0,44
8. Terminan el servicio en el tiempo prometido.	6,81	6,44	-0,38
9. Procuran realizar el trabajo sin errores.	6,77	6,33	-0,44
Promedio	6,80	6,31	-0,49

Fuente: La investigación.

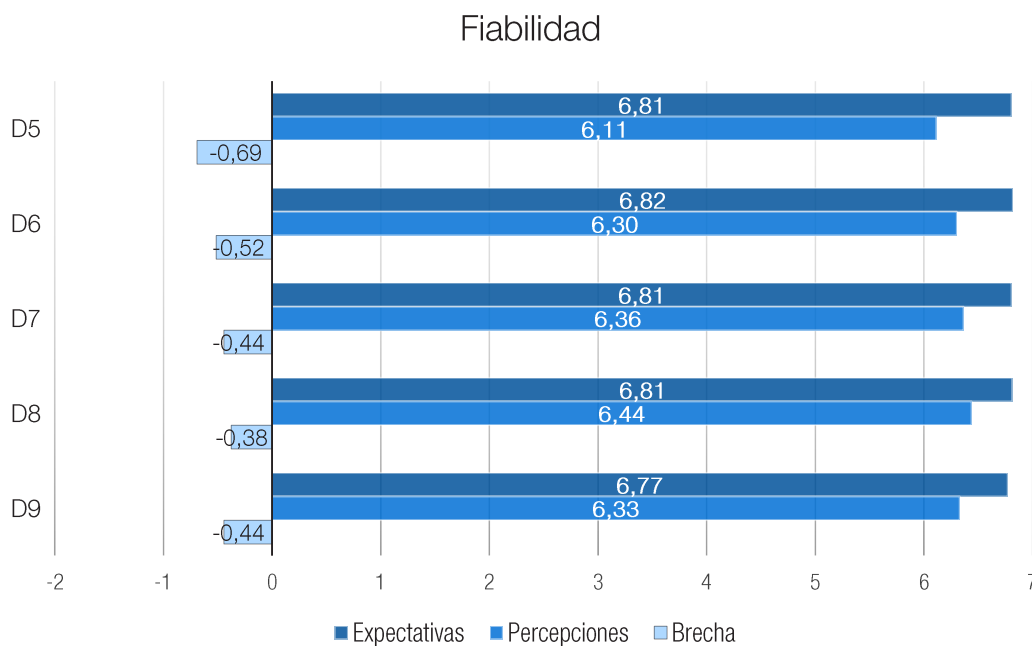


Figura 33. Brechas promedio por Declaraciones – Fiabilidad. Fuente: La investigación.

Como se muestra en la Tabla 12, en el criterio de Fiabilidad se destaca la *declaración 8* (Terminan el servicio en el tiempo prometido), calificada por los usuarios con un alto nivel de percepción (**6,44**); al mismo tiempo es la que menor brecha presenta entre expectativas y percepciones (**-0,38**) (Ver Figura 33). A diferencia de esta declaración, la que menor promedio de percepción tuvo, así como una mayor brecha (**-0,69**), fue la *declaración 5* (Cuando prometen hacer algo en un determinado tiempo, lo hacen); seguida de la *declaración 6* (Cuando usted tiene algún problema, muestran sincero interés en solucionarlo) con (**-0,52**). Aunque las *declaraciones 8* y *5* parecen similares, la primera se refiere al tiempo de finalización del servicio; la otra, al cumplimiento de las labores del servicio. Se puede resumir que las *declaraciones 5* y *6* son las que más influyen en la brecha del criterio de Fiabilidad, y en las cuales la IPS debe prestar mayor atención.

Tabla 13. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes - Fiabilidad.

Brechas de declaraciones de Fiabilidad por género, rango de edad y tipo de terapia						
Declaración	Género		Rango de edad			
	Masculino	Femenino	De 14 a 20	De 21 a 35	De 36 a 55	De 56 a 70
D5	-0,48	-0,81	-0,55	-0,78	-0,59	-0,88
D6	-0,48	-0,54	-0,27	-0,55	-0,44	-0,88
D7	-0,42	-0,46	-0,00	-0,49	-0,36	-0,88
D8	-0,41	-0,36	-0,55	-0,36	-0,31	-0,63
D9	-0,35	-0,50	-0,27	-0,49	-0,34	-0,81
Promedio	-0,43	-0,53	-0,33	-0,54	-0,41	-0,81
Base	69	123	11	85	80	16
Declaración	Tipo de terapia					
	Terapia física	Acondicionamiento físico	Hidroterapia	Neuroterapia	Terapia respiratoria	
D5	-0,64	-0,33	-0,68	-1,00	-1,43	
D6	-0,50	-0,60	-0,27	-0,92	-0,00	
D7	-0,43	-0,27	-0,50	-0,63	-0,29	
D8	-0,35	-0,33	-0,41	-0,54	-1,14	
D9	-0,41	-0,33	-0,27	-0,83	-0,43	
Promedio	-0,47	-0,37	-0,43	-0,78	-0,46	
Base	124	15	22	24	7	

Fuente: La investigación.

Por segmentos de clientes, según se observa en la Tabla 13, las *declaraciones 5 y 6* tienen una mayor brecha para las mujeres **(-0,81)** y **(-0,54)** respectivamente, que para los hombres **(-0,48)**. Por *rango de edad*, los usuarios *de 56 a 70* son quienes presentan también más diferencia entre expectativas y percepciones en las declaraciones mencionadas, con **(-0,88)** para cada una. Por *Tipo de terapia*, las declaraciones que tienen una mayor brecha son la 5 y 6 para los usuarios de *Neuroterapia* **(-1,00)** y **(-0,92)** respectivamente; y las declaraciones 5 y 8 para los usuarios de *Terapia respiratoria* **(-1,43)** y **(-1,14)** respectivamente.

Se destaca también que la *declaración 7* (Realizan bien el servicio la primera vez) para los usuarios *de 14 a 20* años, y la *declaración 6* para los usuarios de *Terapia respiratoria*, tuvieron



una brecha de **(0,00)**, es decir que el servicio ofrecido por la IPS en esos aspectos igualó las expectativas de los usuarios.

### 3.2.2.3 Capacidad de respuesta.

Tabla 14. Calificaciones promedio por Declaraciones - Capacidad de respuesta

Declaración	Expectativa	Percepción	Brecha
10. Los empleados informan con precisión al usuario cuando concluirá el servicio.	6,80	6,20	-0,59
11. Los empleados lo atienden con rapidez.	6,80	6,35	-0,45
12. Los empleados siempre están dispuestos a ayudarlo.	6,85	6,49	-0,36
13. Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a sus preguntas.	6,72	6,07	-0,65
Promedio	6,79	6,28	-0,52

Fuente: La investigación.

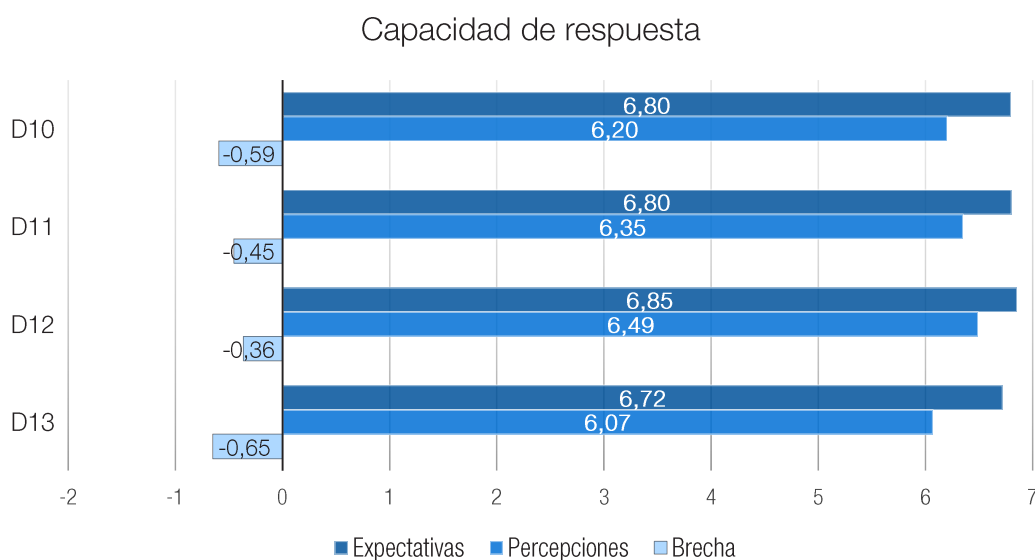


Figura 34. Brechas promedio por Declaraciones - Capacidad de respuesta. Fuente: La investigación.

En el criterio de Capacidad de respuesta mostrado en la Tabla 14, la declaración que presenta la mejor percepción es la 12 (Los empleados siempre están dispuestos a ayudarlo) con **(6,49)**.

A su vez esta presenta la menor brecha del criterio (**-0,36**) (como se observa en la Figura 34), lo que sugiere que deben aplicarse esfuerzos en este aspecto para lograr que la percepción iguale las expectativas. En el caso contrario, la *declaración 13* (Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a sus preguntas) es la de menor percepción (**6,07**) y mayor brecha (**-0,65**), lo que indica que es la que más influye en la brecha total del criterio. Es importante destacar esta declaración, pues los usuarios del servicio están en búsqueda constante de información, y una adecuada asesoría es primordial para su satisfacción.

Tabla 15. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes – Capacidad de respuesta.

Brechas de declaraciones de Capacidad de respuesta por género, rango de edad y tipo de terapia						
Declaración	Género		Rango de edad			
	Masculino	Femenino	De 14 a 20	De 21 a 35	De 36 a 55	De 56 a 70
D10	-0,59	-0,59	-0,55	-0,61	-0,54	-0,81
D11	-0,30	-0,54	-0,18	-0,56	-0,33	-0,69
D12	-0,25	-0,43	-0,09	-0,47	-0,26	-0,50
D13	-0,55	-0,71	-0,36	-0,75	-0,58	-0,69
Promedio	-0,42	-0,57	-0,30	-0,60	-0,43	-0,67
Base	69	123	11	85	80	16

Declaración	Tipo de terapia				
	Terapia física	Acondicionamiento físico	Hidroterapia	Neuroterapia	Terapia respiratoria
D10	-0,60	-0,60	-0,36	-0,88	-0,29
D11	-0,42	-0,33	-0,36	-0,71	-0,71
D12	-0,34	-0,33	-0,09	-0,67	-0,71
D13	-0,67	-0,40	-0,41	-0,88	-0,86
Promedio	-0,51	-0,42	-0,31	-0,78	-0,64
Base	124	15	22	24	7

Fuente: La investigación.

Analizando las declaraciones del criterio por segmentos de clientes, encontramos que para las *mujeres*, la *declaración 13* tiene una mayor brecha (**-0,71**), que para los *hombres* (**-0,55**). De igual manera, esta declaración también se calificó con bajos puntajes de percepción respecto a

las expectativas de los usuarios con edades *de 21 a 35*, existiendo una brecha de **(-0,75)**; y una brecha de **(-0,88)** para los usuarios de *Neuroterapia* y **(-0,86)** para los de *Terapia respiratoria*. También resalta dentro del criterio la brecha existente en la *declaración 10* (Los empleados informan con precisión al usuario cuando concluirá el servicio) para los usuarios de *Neuroterapia* **(-0,88)** (Ver Tabla 15).

### 3.2.2.4 Seguridad.

Tabla 16. Calificaciones promedio por Declaraciones - Seguridad.

Declaración	Expectativa	Percepción	Brecha
14. El comportamiento de los empleados le transmite confianza.	6,82	6,46	-0,36
15. Usted se siente seguro al recibir el servicio médico.	6,89	6,53	-0,35
16. Los empleados son siempre amables con los usuarios.	6,89	6,52	-0,38
17. Los empleados tienen conocimiento suficiente para contestar las preguntas que les hace.	6,82	6,28	-0,54
Promedio	6,79	6,28	-0,41

Fuente: La investigación.

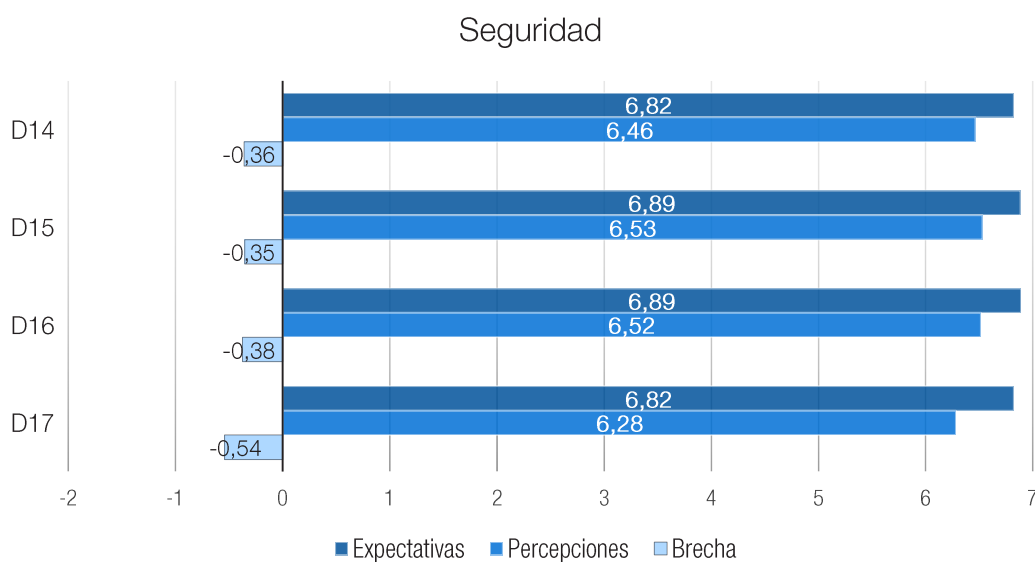


Figura 35. Brechas promedio por Declaraciones - Seguridad. Fuente: La investigación.

El criterio de *Seguridad* es el más importante para los usuarios de la IPS de acuerdo a los datos obtenidos en la investigación. Por esta razón es importante analizar cuáles son los factores que influyen en la percepción de los usuarios dentro de este criterio. A pesar de que en términos generales las calificaciones asignadas a las declaraciones son buenas, se observan brechas que deben reducirse dada la importancia relativa de esta dimensión.

En la Tabla 16 se aprecia que la menor puntuación promedio en percepciones de este criterio fue para la *declaración 17* (Los empleados tienen conocimiento suficiente para contestar las preguntas que usted les hace) (**6,28**) y una brecha entre el servicio esperado y recibido de (**-0,54**), siendo esta la que más influye en la brecha total del criterio (Ver Figura 35). El resto de declaraciones presenta una brecha inferior al promedio.

Tabla 17. *Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes – Seguridad.*

Brechas de declaraciones de Seguridad por género, rango de edad y tipo de terapia						
Declaración	Género		Rango de edad			
	Masculino	Femenino	De 14 a 20	De 21 a 35	De 36 a 55	De 56 a 70
D14	-0,38	-0,35	-0,09	-0,39	-0,31	-0,63
D15	-0,26	-0,41	-0,27	-0,42	-0,23	-0,69
D16	-0,36	-0,38	-0,09	-0,36	-0,38	-0,63
D17	-0,64	-0,49	-0,45	-0,59	-0,51	-0,50
Promedio	-0,41	-0,41	-0,23	-0,44	-0,36	-0,61
Base	69	123	11	85	80	16
Declaración	Tipo de terapia					
	Terapia física	Acondicionamiento físico	Hidroterapia	Neuroterapia	Terapia respiratoria	
D14	-0,33	-0,13	-0,27	-0,71	-0,43	
D15	-0,32	-0,33	-0,41	-0,50	-0,29	
D16	-0,35	-0,20	-0,18	-0,71	-0,57	
D17	-0,51	-0,47	-0,36	-0,88	-0,71	
Promedio	-0,38	-0,28	-0,31	-0,70	-0,50	
Base	124	15	22	24	7	

Fuente: La investigación.

Si se analiza por segmentos de clientes, en relación a la *declaración 17* los *hombres* muestran una brecha más alta **(-0,64)** que las *mujeres* **(-0,49)**. Por *rango de edad*, la mayor brecha es para los usuarios de *21 a 35* **(-0,59)**, y por *tipo de terapia* la mayor brecha la presentan los usuarios de *Neuroterapia* **(-0,88)** y *Terapia respiratoria* **(-0,71)** (Ver Tabla 17).

Se destaca también que la mayor brecha por segmentos de clientes lo presentan los usuarios en el rango de edad de *56 a 70* **(-0,61)** y los usuarios de *Neuroterapia* **(-0,70)**.

### 3.2.2.5 Empatía.

Tabla 18. *Calificaciones promedio por Declaraciones - Empatía.*

Declaración	Expectativa	Percepción	Brecha
18. La atención es individualizada (es decir, exclusiva y específica).	6,81	5,40	-1,41
19. Los horarios son convenientes para todos los usuarios.	6,82	6,00	-0,82
20. Los empleados le dan una atención personalizada (es decir, que se adapta a sus necesidades).	6,83	6,10	-0,73
21. Se preocupan por sus mejores intereses.	6,82	6,15	-0,67
22. Los empleados comprenden sus necesidades específicas.	6,79	6,18	-0,61
Promedio	6,81	5,96	-0,85

Fuente: La investigación.

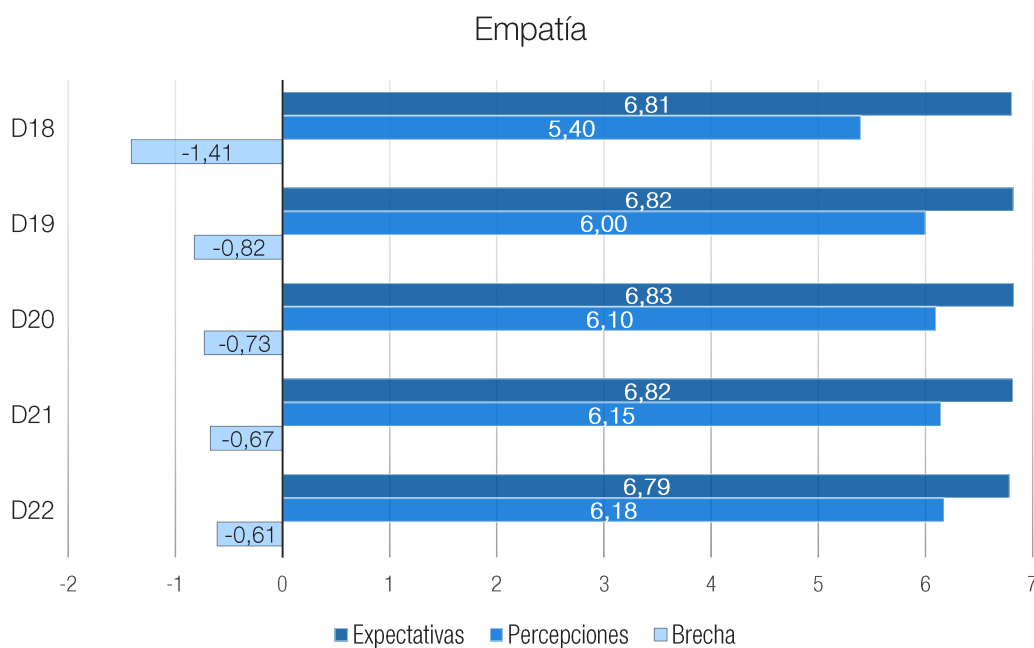


Figura 36. Brechas promedio por Declaraciones - Empatía. Fuente: La investigación.

En la Tabla 18 se observa que la declaración que menor percepción tiene es la *Declaración 18* (La atención es individualizada) (**5,40**) (Ver Figura 36). A su vez, es la que mayor brecha presenta (**-1,41**) no solo dentro del criterio sino en el total de 22 declaraciones. Esto sugiere que el mayor inconformismo se presenta en este aspecto, siendo primordial disminuir la brecha mencionada no solo para mejorar el promedio del criterio, sino para optimizar la calificación global de la calidad del servicio.

En el caso particular del servicio ofrecido por la IPS la baja percepción de este criterio podría explicarse de acuerdo al tipo de servicio, ya que los fisioterapeutas se encuentran en la capacidad de atender a varios pacientes al tiempo con la ayuda de equipos médicos; sin embargo la brecha es el resultado de la diferencia entre percepciones y expectativas, lo cual indica que el usuario recibe mucho menos de lo que espera.

Tabla 19. Brechas promedio de Declaraciones por segmentos de clientes - Empatía.

Brechas de declaraciones de Empatía por género, rango de edad y tipo de terapia						
Declaración	Género		Rango de edad			
	Masculino	Femenino	De 14 a 20	De 21 a 35	De 36 a 55	De 56 a 70
D18	-1,48	-1,37	-1,45	-1,42	-1,35	-1,63
D19	-0,75	-0,86	-0,09	-0,95	-0,79	-0,94
D20	-0,78	-0,70	-0,27	-0,75	-0,73	-0,94
D21	-0,64	-0,69	-0,09	-0,76	-0,65	-0,69
D22	-0,64	-0,59	-0,27	-0,58	-0,60	-1,06
Promedio	-0,86	-0,84	-0,23	-0,44	-0,82	-1,05
Base	69	123	11	85	80	16
Declaración	Tipo de terapia					
	Terapia física	Acondicionamiento físico	Hidroterapia	Neuroterapia	Terapia respiratoria	
D18	-1,53	-1,40	-1,09	-1,38	-0,43	
D19	-0,81	-0,53	-0,68	-1,13	-1,00	
D20	-0,76	-0,40	-0,73	-0,88	-0,43	
D21	-0,65	-0,40	-0,50	-1,00	-1,14	
D22	-0,64	-0,27	-0,32	-0,83	-1,00	
Promedio	-0,88	-0,60	-0,66	-1,04	-0,80	
Base	124	15	22	24	7	

Fuente: La investigación.

Entre los promedios de las declaraciones de *Empatía*, la mayor brecha la tienen los usuarios de 56 a 70 años (-1,05) (Ver Tabla 19). Por género, los hombres presentan una brecha (-0,86) ligeramente mayor que las mujeres (-0,84). Por tipo de terapia, la mayor brecha se observa en los usuarios de *Neuroterapia* (-1,04). Se observa que la declaración 18 tiene las mayores brechas en todos los segmentos de clientes, excepto en *Terapia respiratoria* (-0,43) que es mucho menor al promedio. Esto puede dar pistas a la IPS sobre la atención individualizada que se da en esta área de servicio, que podría ser replicada en otras áreas. En la declaración 18 la modalidad con mayor brecha es *Terapia física* (-1,53), y el segmento de clientes con mayor brecha es el rango de edad de 56 a 70 años (-1,63); esto es un indicativo de que las personas de mayor edad esperan un servicio más individualizado del que realmente reciben.

### 3.2.3 Matriz de importancia/desempeño.

En la matriz de la Figura 37 se ubican las cinco dimensiones de calidad según las percepciones de los clientes (eje horizontal *Desempeño*, en escala de 1 a 7), y según su importancia (eje vertical *Importancia*, con un promedio de 20 puntos).

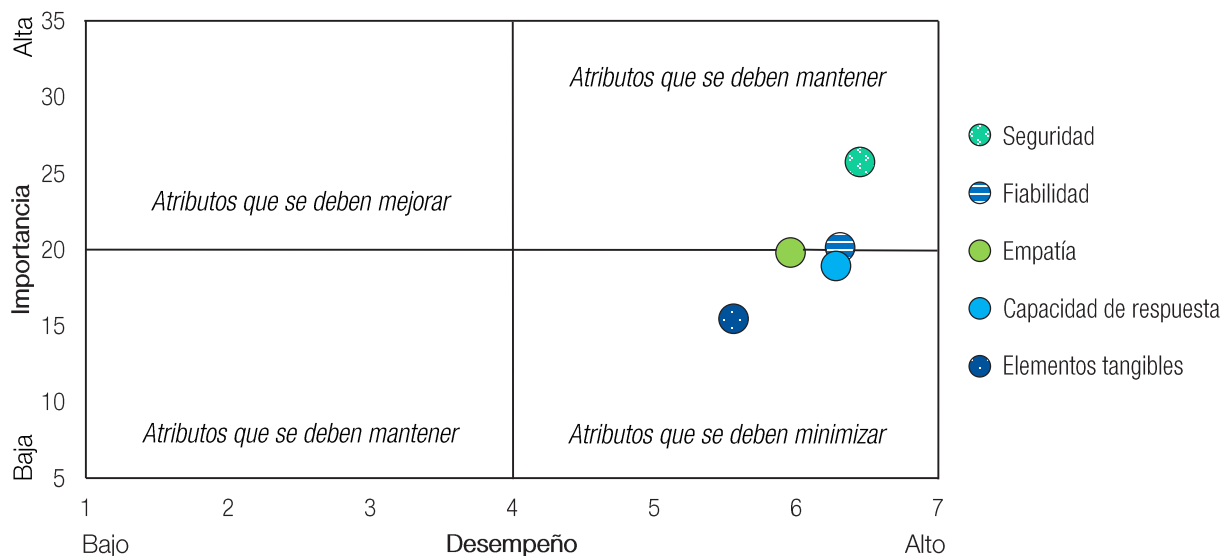


Figura 37. Matriz importancia / desempeño por dimensiones de calidad. Fuente: La investigación.

La matriz tiene cuatro cuadrantes, cada uno de los cuales tiene alguno de los siguientes tres tipos de atributos:

- *Atributos que se deben mejorar.* Aquellos con importancia alta y desempeño bajo.
- *Atributos que se deben mantener.* Aquellos con importancia alta y desempeño alto; aquellos con importancia baja y desempeño bajo.
- *Atributos que se deben minimizar.* Aquellos con importancia baja y desempeño alto.

Según los resultados obtenidos en la investigación, las cinco dimensiones de calidad quedaron ubicadas en dos cuadrantes: el superior derecho, que indica que los atributos deben mantenerse dado su alto nivel de importancia y de desempeño, como es el caso de **Seguridad**,



**Fiabilidad y Empatía;** y el cuadrante inferior derecho, que sugiere que a pesar de tener un alto nivel de desempeño su nivel de importancia no es tan alto, es decir que las modificaciones realizadas en los criterios ubicados en este cuadrante (**Capacidad de respuesta y Elementos tangibles**) no generarían un alto impacto en el índice global de calidad del servicio. Sin embargo, para igualar o superar las expectativas del cliente se deben realizar esfuerzos dirigidos a elevar el nivel de percepción de los factores que influyen de manera directa en cada dimensión de calidad.

## 4. Conclusiones

En este capítulo se presentan las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos en la investigación. Estos resultados, teniendo en cuenta los objetivos específicos y de acuerdo a la metodología establecida, permiten describir la manera en que los usuarios evalúan la calidad del servicio ofrecido por la IPS ABS Ltda.

### 4.1 Nivel de importancia de las dimensiones

Respondiendo a lo planteado en el objetivo específico (f) acerca de la importancia de cada una de las dimensiones o criterios de calidad, se concluye que:

- El criterio más importante para los usuarios en el servicio ofrecido por la IPS ABS Ltda., es la **Seguridad**, con un peso relativo de 25,74%. Al mismo tiempo es el criterio o aspecto con mayor expectativa y percepción, destacándose la confianza que transmiten los empleados, la seguridad al recibir el servicio médico, y la amabilidad. Sin embargo, el aspecto con menor percepción en el criterio fue el conocimiento de los empleados. Es importante plantear estrategias que contribuyan a aumentar la percepción de este criterio, ya que generaría un gran impacto en la calificación total del servicio, por el grado de importancia asignado por los usuarios.
- El segundo aspecto más importante para los usuarios fue la **Fiabilidad** (20,12%), siendo también el segundo aspecto con menor diferencia entre expectativas y percepciones,

después de **Seguridad**. Aunque todavía no se igualan las expectativas de los clientes, se destacan las oportunidades de mejora en los aspectos relacionados a la fiabilidad.

- El tercer criterio, según el nivel de importancia dado por los usuarios de la IPS, fue **Empatía** (19,8%), el cual hace referencia al cuidado y la atención individualizada. Este criterio se encuentra en un nivel promedio de importancia, si bien, no es el primero en porcentaje, se debe tener en cuenta que para los usuarios es importante contar con un servicio integral, más aún, tratándose de servicios de salud.
- El cuarto en nivel de importancia fue la **Capacidad de respuesta** (18,91%), referente a la disponibilidad de la IPS para ayudar a los usuarios y darles un servicio rápido.
- El criterio que menor importancia tiene para los usuarios es el de **Elementos tangibles** (15,44%). Esto confirma los resultados obtenidos en los estudios realizados por Zeithaml et al. (2011), en los cuales concluyen que el nivel de importancia varía de acuerdo al tipo de industria, aunque usualmente los elementos tangibles tienen el menor peso relativo.
- El nivel de importancia que los usuarios le dan a cada criterio de calidad del servicio, presenta cambios de acuerdo al tipo de terapia en que estos se encuentran. Para los usuarios de Neuroterapia, el criterio de **Fiabilidad** es el más importante; para los usuarios de Terapia respiratoria, el criterio menos importante es la **Empatía**; y para los usuarios de Acondicionamiento físico, el criterio con menos importancia es la **Capacidad de respuesta**. Estas tendencias indican las diferencias que existen al evaluar la calidad del servicio y puede dar pistas acerca de las áreas en donde la IPS puede

mejorar sustancialmente la prestación del servicio, enfocándose en aquellos segmentos más susceptibles a unos factores que a otros.

## 4.2 Percepciones y expectativas

- Según los resultados, ninguno de los criterios o dimensiones de calidad del servicio, tuvo una puntuación SERVQUAL  $\geq 0$ , es decir, ninguno logró igualar o superar las expectativas del cliente.

De acuerdo al objetivo específico (a), Identificar la percepción de los usuarios respecto a las instalaciones físicas, equipos de comunicación y fisioterapia, y materiales utilizados en los servicios prestados por la I.P.S. y según los resultados obtenidos, se puede concluir que:

- El criterio con mayor brecha es **Elementos tangibles** (-0,97), en este criterio, los usuarios muestran una mayor diferencia entre el servicio que esperan y el servicio que realmente reciben.
- La baja percepción en el criterio de *Elementos tangibles* se ve principalmente afectada por aspectos como la apariencia de los equipos y las instalaciones físicas, los cuales tuvieron la percepción más baja del criterio, especialmente para los usuarios de Neuroterapia, Terapia respiratoria y las personas mayores de 56 años.

Respecto al objetivo específico (b). Conocer la percepción de los usuarios en relación a la fiabilidad y la habilidad para la ejecución del servicio prometido; se concluye que:

- El segundo criterio que menor brecha entre expectativas y percepciones presenta es **Fiabilidad** (-0,49), y hace referencia a la habilidad para realizar el servicio prometido de forma segura y precisa.
- En el criterio de *Fiabilidad*, el aspecto que más afecta su percepción total es el referente a “cuando prometen hacer algo en un determinado tiempo, lo hacen”, el cual obtuvo la percepción más baja. Las promesas no cumplidas son uno de los factores que más pueden influir en la percepción del servicio en general.
- El aspecto mejor percibido del criterio de *Fiabilidad* es el referente a “terminar el servicio en el tiempo prometido”. Esto indica la buena organización, conocimiento y un adecuado manejo del tiempo en los procesos realizados por parte de la IPS.

Respondiendo a lo planteado en el objetivo específico (c), Evaluar la capacidad de respuesta, disposición y voluntad del personal, percibidos por los usuarios en la prestación del servicio. Se concluye:

- Según los resultados obtenidos, el tercer criterio con menor brecha es **Capacidad de respuesta** (-0,52), referente a la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- En el criterio de *Capacidad de respuesta*, el aspecto que más afecta la percepción del criterio es el relacionado a la disponibilidad del personal para responder inquietudes. El usuario siempre se encuentra en la búsqueda de información y si la IPS no tiene disponibilidad para suministrarla, el usuario buscará otras fuentes que pueden comunicar información errónea y afectar su percepción acerca del servicio. Esta tendencia se

observa principalmente en los usuarios de Neuroterapia y Terapia respiratoria, así como en los pacientes con edades entre los 21 y 35 años.

Según lo planteado en el objetivo específico (d); Conocer la percepción que tienen los usuarios respecto al conocimiento y destrezas en la ejecución del servicio por parte del personal de ABS Ltda., se puede concluir que:

- El criterio **Seguridad**, es el que más se acerca a las expectativas del cliente con un puntaje SERVQUAL de (-0,41). Se presta especial atención al conocimiento de los empleados a la hora de responder a las inquietudes del cliente, ya que este ítem tuvo el nivel de percepción más bajo del criterio (6,28).
- Por segmentos de clientes, quienes evaluaron con menores calificaciones el criterio son los usuarios de Neuroterapia y Terapia respiratoria, así como los usuarios del género masculino.

Respondiendo al objetivo específico (e), Identificar la percepción de los usuarios respecto a la atención individualizada ofrecida por la I.P.S. se concluye que:

- La **Empatía** es el segundo criterio con mayor brecha (-0,85), este hace referencia al cuidado y la atención individualizada.
- En cuanto a la *Empatía*, los factores que más afectan la percepción de este criterio son la atención individualizada y los horarios de atención. Este primero con una tendencia negativa especialmente para los usuarios mayores de 56 años, quienes tal vez esperarían un servicio más individualizado que el resto de los usuarios. Este aspecto, en términos generales, es el que presenta mayor inconformismo del total de aspectos evaluados;

exceptuando quienes asisten a Terapia respiratoria. En cuanto a los horarios de atención, el segmento más inconforme es el de los usuarios de Neuroterapia.

Realizando un análisis entre el tipo de terapia y una calificación SERVQUAL global, se concluye que:

- Por tipo de terapia, la calificación más baja la obtuvo Neuroterapia, quienes mayor diferencia mostraron entre expectativas y percepciones (Brecha = -0,91); seguido de Terapia respiratoria (-0,75); Terapia física (-0,63); Acondicionamiento físico (-0,54); y finalmente Hidroterapia (-0,49). Esto indica una diferencia entre cada una de las modalidades de terapia respecto a los criterios de calidad del servicio.

Cabe recordar, que los resultados de esta investigación sirven para analizar aquellos aspectos o características que son más importantes para los usuarios a la hora de evaluar la calidad del servicio. Esto es de vital importancia para la gerencia de la IPS, ya que identificar las necesidades y preferencias de los usuarios respecto al servicio recibido, es el primer paso en la ruta hacia la calidad total en la gestión de los servicios.

De igual manera, a través de los resultados de esta investigación, se cumple con el objetivo general de evaluar, desde la perspectiva del usuario, la calidad del servicio ofrecido por ABS Ltda. Como se mencionó en el marco teórico, la puntuación SERVQUAL es equivalente a la diferencia entre percepciones y expectativas (SERVQUAL = percepción – expectativa). Como resultado, se obtuvo una puntuación SERVQUAL *Ponderada* (teniendo en cuenta el peso relativo de cada criterio) de **(-0,63)**. Este resultado negativo nos indica que las percepciones no superan las expectativas del cliente; en otras palabras, que el usuario recibe menos de lo que espera. Sin embargo, teniendo en cuenta los hallazgos frente a las expectativas, las percepciones

y el nivel de importancia de cada una de las dimensiones de calidad, se pueden formular estrategias que ayuden a disminuir la brecha existente entre el servicio esperado y el servicio recibido.

Con respecto a los resultados obtenidos, el nivel de percepción general del servicio es de (6,16) de un total de 7 puntos posibles, equivalente a 87,9%; ubicándolo en un nivel *Satisfactorio*, lo cual sugiere aprovechar las oportunidades de mejoramiento para lograr la excelencia. Igualmente las expectativas tuvieron un puntaje de (6,78). Este alto nivel de expectativa muestra la importancia y exigencia que para el usuario tiene la prestación de los servicios de salud, siendo un indicativo para la IPS del nivel de compromiso y responsabilidad en la prestación del servicio.

De acuerdo al objetivo específico (g), el nivel de satisfacción general del servicio ofrecido por la IPS es de 6,41 sobre 7 puntos posibles (donde 1 es pésimo y 7 es excelente). Este puntaje, equivalente a un 91,6%, ubica la satisfacción en un nivel *Excelente* que sugiere mantener las fortalezas en el servicio. Este alto nivel de satisfacción puede generar beneficios como la lealtad de los usuarios y la recomendación del servicio a otras personas.



## 5. Recomendaciones

En la gestión de los servicios el cliente es el único que puede juzgar el desempeño de la organización. Bajo esta premisa, la presente investigación buscó, a través de la escala SERVQUAL, identificar aquellos factores verdaderamente importantes para los usuarios, así como realizar una evaluación del servicio esperado vs el servicio ofrecido. De acuerdo a las conclusiones obtenidas del estudio se plantean las siguientes recomendaciones:

- Teniendo en cuenta el nivel de importancia asignado por los usuarios a las dimensiones de calidad, se recomienda prestar atención al criterio de **Seguridad**. Siendo este el más importante, una baja percepción afectaría notablemente el índice general de calidad en el servicio. Este criterio obtuvo las mejores calificaciones, sin embargo aún no se logra igualar las expectativas de los clientes, por lo que se hace necesario mejorar cada uno de los factores que componen este criterio, haciendo especial énfasis en el conocimiento de los empleados para responder las preguntas de los usuarios.
- Pese a que en el modelo SERVQUAL no se pueden evaluar los momentos de verdad, o encuentros de servicio, algunos usuarios manifestaron inconformismo en cuanto a la atención en la zona de recepción. Por lo observado en la IPS, las personas encargadas de esta labor, la mayor parte del tiempo cumplen funciones que afectan y disminuyen la atención al cliente. Esto se observa en declaraciones referentes a la disponibilidad del personal para responder preguntas y el conocimiento de los empleados para responder las inquietudes de los usuarios. Se recomienda revisar las funciones del cargo, de tal manera que no afecten la interacción con el usuario.

- De acuerdo a las conclusiones del estudio, el tipo de terapia con más baja calificación fue Neuroterapia; al mismo tiempo los usuarios de esta especialidad manifestaron que el criterio más importante es **Fiabilidad**, siendo este el segundo más importante en términos generales. Esto sugiere prestar atención en el mejoramiento de los aspectos que afectan la percepción del criterio de fiabilidad, en especial para los usuarios de Neuroterapia, siendo fundamentales los aspectos relacionados a las promesas del servicio y el interés en solucionar los problemas o inconvenientes de los usuarios. Identificando los criterios más importantes por áreas del servicio o modalidades terapéuticas, y aquellos aspectos susceptibles de mejora en cada criterio, no solo se causa un impacto directo en la percepción por segmentos, sino también en la percepción global de la calidad del servicio.
- Como se pudo observar en los resultados obtenidos, uno de los segmentos más insatisfechos es el de los usuarios con edades entre 56 y 70 años. Con el fin de mejorar la calidad percibida en el servicio, se recomienda prestar más atención a los criterios más importantes y con menores calificaciones para este segmento. Entre ellos: **Seguridad y Empatía**, específicamente lo referente a la atención individualizada.
- El criterio con menor percepción fue el de **Elementos tangibles**. Aunque fue el menos importante, es necesario mejorar su percepción, principalmente en lo relacionado con la modernidad de los equipos médicos y las instalaciones físicas. Algunos usuarios hicieron referencia al tamaño de las instalaciones y factores externos que afectan la percepción, como los malos olores de las alcantarillas colindantes y su cercanía a un río. Estas variables no son de fácil manejo o control, ya que en el caso del alcantarillado

depende de decisiones y políticas del ente territorial correspondiente, o en el caso de las instalaciones, implican grandes inversiones económicas para una reestructuración o traslado. sin embargo, se recomienda realizar los respectivos análisis de viabilidad para evaluar la conveniencia y el costo de oportunidad en lo que se refiere a las instalaciones físicas.

- Se recomienda también hacer una revisión en lo correspondiente a la modernidad de los equipos en el área de terapia respiratoria, ya que los usuarios de esta área calificaron este aspecto con un nivel de percepción muy por debajo del promedio general, lo que indica una clara diferencia entre lo que esperan y lo que reciben.

La Tabla 20 muestra, en orden de mayor a menor, las recomendaciones de acuerdo al nivel de importancia dado por los usuarios a los Criterios de Calidad y las mayores brechas detectadas en cada declaración y por segmentos de clientes. Estas sugieren las áreas en las cuales se debe enfocar el plan de mejora.

Tabla 20. Recomendaciones por brechas y nivel de importancia

<b>Seguridad</b>	
Declaración	Recomendación
Los empleados tienen conocimiento suficiente para contestar las preguntas que les hace	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda realizar capacitaciones relacionadas con la interacción del personal de servicio a la hora de responder inquietudes. En ocasiones no es falta de conocimiento, sino de competencias relacionadas con la atención al usuario.</li> <li>• Se debe prestar especial atención en este aspecto en el género <i>Masculino</i> y los usuarios de <i>Neuroterapia</i>.</li> </ul>
Los empleados siempre son amables con los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda revisar las funciones del cargo de recepcionista, ya que muchos usuarios manifestaron abiertamente su inconformidad con la atención prestada. Lo anterior puede ser a causa de las labores de archivo y registro entorpeciendo la interacción con el cliente.</li> </ul>

- 
- Se debe procurar mejorar este aspecto relacionado con los usuarios mayores de 56 años y de Neuroterapia quienes perciben en mayor medida una falta de amabilidad respecto a otros usuarios.
- 

### **Fiabilidad**

- 
- |   |   |
|---|---|
| <p>Cuando prometen hacer algo en un determinado tiempo, lo hacen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe procurar tener una coherencia entre el tiempo de servicio prometido y el tiempo de prestación del servicio, ya que una promesa no cumplida afecta en gran medida la percepción de calidad del servicio.</li> <li>• Los usuarios más inconformes con este aspecto son los de <i>Terapia Respiratoria</i> y <i>Neuroterapia</i>. Estas áreas deben mejorar, y un buen ejemplo es el área de <i>Acondicionamiento Físico</i> la cual tuvo la mejor percepción relacionada con este aspecto. Se debe analizar el comportamiento de los empleados de Acondicionamiento físico con el fin de identificar las acciones relacionadas con las promesas del servicio y aplicarlas en otras áreas.</li> </ul> |
|---|---|
- 

### **Empatía**

- 
- |  |   |
|--|---|
| <p>La atención es individualizada (es decir, exclusiva y específica)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque este aspecto presenta cierta dificultad teniendo en cuenta las modalidades terapéuticas y la cantidad de usuarios que se deben atender, es importante prestar una atención más individualizada a los usuarios mayores de 56 años, quienes tienen una muy baja percepción respecto a la atención individualizada. Se recomienda tratar de prestar más atención a los usuarios de este rango de edad, ya que tal vez tienen más inquietudes y necesitan con más frecuencia la asistencia del personal médico en los procedimientos terapéuticos.</li> <li>• Se recomienda también procurar una atención más individualizada a quienes asisten a la IPS de manera particular, ya que manifestaron abiertamente su inconformismo en este aspecto, los usuarios particulares son fundamentales para mantener una buena liquidez, lo que permite solventar dificultades financieras cuando las EPS no cumplen con los pagos respectivos.</li> </ul> |
|--|---|
- 

### **Capacidad de Respuesta**

- 
- |  |   |
|--|---|
| <p>Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a sus preguntas</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario establecer un equilibrio entre capacidad instalada y disponibilidad del personal, de tal manera que los clientes encuentren quien pueda responder a sus inquietudes, los usuarios siempre buscan información y es primordial que el proveedor del servicio pueda suministrarla, de esta manera se evitan dificultades que puedan afectar la percepción y las expectativas por comunicación de información imprecisa.</li> </ul> |
|--|---|
-

- 
- Se debe prestar atención en este aspecto especialmente a los usuarios de *Terapia Respiratoria y Neuroterapia*
- 

### **Elementos Tangibles**

---

- |   |  |
|---|--|
| Los equipos tienen apariencia moderna                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda hacer una revisión relacionada con el tiempo de obsolescencia de los equipos o una vigilancia tecnológica con su respectivo análisis financiero para analizar la viabilidad de realizar una actualización de los equipos médicos. Esto no solamente mejoraría la percepción de este aspecto, sino que tal vez pueda optimizar los procedimientos terapéuticos y mejorar la percepción global.</li> <li>• Este análisis se debe enfocar en las áreas de Terapia respiratoria, Neuroterapia y Acondicionamiento Físico, las cuales son de mayor a menor respectivamente, las que presentan una baja percepción relacionada con este aspecto.</li> </ul> |
| Los materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al igual que los equipos médicos, se debe revisar constantemente el estado de los materiales de servicio, como camillas y herramientas utilizadas durante las terapias, esto con el fin de brindar comodidad, higiene y seguridad a los pacientes de la IPS.</li> <li>• El área que menor percepción tiene con este aspecto es Acondicionamiento Físico. Se debe revisar la apariencia de los materiales relacionados con el servicio prestado en esta área.</li> </ul>   |
| Las instalaciones físicas son visualmente atractivas                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En los servicios de salud el aspecto visual afecta el comportamiento y el bienestar de los pacientes. Se recomienda hacer una revisión referente al espacio físico de los pacientes de Terapia Respiratoria, quienes menor percepción tienen en este aspecto.</li> </ul>  |
- 

Fuente: La investigación.

## **5.1 Plan de mejora**

- **Objetivo general**

Reducir la brecha existente entre percepciones y expectativas de los aspectos con mayor peso relativo en el servicio para los usuarios.

- **Estrategia**

Identificando el marco interactivo del usuario y la organización en la prestación de los servicios.

- **Orientaciones para la mejora en el servicio.**

Teniendo en cuenta el nivel de importancia asignado por los usuarios a cada uno de los cinco criterios (Seguridad, fiabilidad, capacidad de respuesta, empatía y elementos tangibles), se seleccionaron las tres mayores brechas como los aspectos susceptibles de mejora, siendo estos:

- Falta de conocimiento de los empleados para responder las inquietudes de los usuarios.
- Falta de atención individualizada.
- Poca disponibilidad del personal de recepción para responder a las inquietudes de los usuarios.

- **Problema 1**

*Tabla 21. Causas de problema 1*

---

Falta de conocimiento de los empleados para responder las inquietudes de los usuarios.

---

**Causas**

---

1. Falta de conocimiento acerca de las actividades y los procesos entre las diferentes áreas de la organización.
  2. Falta de comunicación apropiada para suministrar información oportuna de las diferentes áreas de la organización.
  3. No existe unificación en el canal para la comunicación entre áreas.
  4. No hay un proceso de comunicación definido entre las áreas y/o diferentes niveles jerárquicos.
  5. Falta de diseño en procesos organizacionales.
- 

Fuente: Los investigadores.

- **Objetivo específico 1**

Reducir el número de quejas de los usuarios, por falta de información brindada por los empleados de la IPS.

- **Estrategia 1**

Formalizando los procesos relacionados con la comunicación, que permitan el flujo de información entre las diferentes áreas de la organización.

*Tabla 22. Actividades para estrategia 1*

<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Responsable</b>	<b>Duración</b>	<b>Recursos</b>
Contratar un consultor que realice un análisis para el diseño y creación de un manual de procesos organizacionales	# de quejas presentadas	Coordinador de servicios	3 meses	----
Capacitar al personal de la IPS para llevar a cabo los procesos de acuerdo a los manuales establecidos.	Necesidades de capacitación	Consultor contratado	1 mes	----

Fuente: Los investigadores.

• **Problema 2**

*Tabla 23. Causas de problema 2*

Falta de atención individualizada.

**Causas**

1. No hay una diferenciación en la atención para segmentos de clientes
2. No se han identificado las necesidades específicas para cada tipo de cliente.
3. No hay una segmentación de clientes definida.
4. No hay normas establecidas para conocer constantemente las necesidades de los clientes.
5. Falta de gestión en el área encargada de la coordinación del servicio.

Fuente: Los investigadores.

- **Objetivo específico 2**

Conocer las expectativas y necesidades de los usuarios de la IPS.

- **Estrategia 2**

Gestionando la calidad del servicio, teniendo en cuenta los factores que afectan la percepción del servicio y las expectativas del cliente.

*Tabla 24. Actividades para estrategia 2*

<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Responsable</b>	<b>Duración</b>	<b>Recursos</b>
Establecer normas de calidad de acuerdo a las expectativas del cliente.	Resultados de auditoria del servicio	Coordinador de servicios	1 mes	----
Capacitar al personal para la prestación del servicio, de acuerdo a las normas establecidas.	Necesidades de capacitación	Coordinador de servicios	1 mes	----
Verificar que el personal cumpla con las normas establecidas para el servicio.	# de quejas presentadas respecto al servicio	Coordinador de servicios	constante	----

Fuente: Los investigadores.

• **Problema 3**

*Tabla 25. Causas de problema 3*

Poca disponibilidad del personal de recepción para responder a las preguntas de los usuarios.

**Causas**

1. No tienen tiempo disponible debido a sus funciones.
2. Las funciones del cargo no permiten la adecuada atención al cliente.
3. No hay una delimitación entre las funciones administrativas y de atención al cliente.
4. No hay una adecuada gestión de recursos humanos.

Fuente: Los investigadores.



- **Objetivo específico 3**

Reducir el tiempo de espera de los usuarios en el área de recepción.

- **Estrategia 3**

Orientando las actividades del personal del área de recepción a la atención al cliente.

Tabla 26. Actividades para estrategia 3

Actividades	Indicador	Responsable	Duración	Recursos
Aplicar las actividades definidas en el manual de procesos.	Manual de procesos	Coordinador del área de apoyo	3 meses	----
Capacitar al personal en atención al cliente.	Necesidades de capacitación	Coordinador del área de apoyo	1 mes	----
Realizar seguimiento a las actividades del personal de recepción	Manual de procesos	Coordinador del área de apoyo	Constante	----

Fuente: los investigadores.

Nota: Los espacios en las casillas de *recursos* se dejan en blanco, ya que la presente investigación no cuenta con información financiera, quedando este aspecto para el análisis por parte de la gerencia de la IPS.

## 5.2 Implicaciones gerenciales

El modelo SERVQUAL puede ser utilizado no solamente para obtener una calificación global o ponderada de la calidad del servicio, sino para cuantificar las deficiencias en la calidad con diferentes niveles de análisis: por cada pareja de declaraciones, por cada criterio o combinando todos los criterios. Al examinar estos distintos análisis, las organizaciones pueden

determinar cuáles son los criterios o aspectos claves, con el propósito de enfocar en esas áreas los esfuerzos que realice para mejorar la calidad del servicio.

Algunas de las aplicaciones o formas de utilizar el modelo SERVQUAL pueden ser:

- Comparar las expectativas y percepciones de los clientes a lo largo del tiempo: a pesar de que la evaluación a partir de las puntuaciones SERVQUAL puede ofrecer una clara visión de la situación actual de la organización, se pueden hacer otras observaciones haciendo un seguimiento de las expectativas y percepciones a través de aplicaciones sucesivas. Esta comparación de las expectativas y percepciones a lo largo del tiempo, no solo puede indicar como varían las diferencias entre estas, sino que además permite determinar si los cambios en las brechas, son consecuencia de cambios en las expectativas, en las percepciones, o en ambas.
- Para examinar segmentos de clientes que tienen diferentes percepciones sobre la calidad: estos segmentos pueden ser analizados en función de sus características sociodemográficas, de la importancia que le asignan a cada uno de los cinco criterios o por las diferentes áreas de servicio. Con esta información, la gerencia de la empresa tendrá una visión más precisa respecto a los pasos que debe ejecutar, con el fin de mejorar la percepción frente al segmento deseado. De igual forma, se pueden observar diferencias de percepciones entre segmentos de clientes en base a sus características sociodemográficas definidas para la investigación. Asimismo, se puede calcular y comparar para cada segmento, tanto la medición global SERVQUAL como las puntuaciones dadas a los criterios individuales.

Finalmente, es indispensable el compromiso por parte de la gerencia de la IPS, ya que conocer las expectativas de los usuarios es simplemente el primer paso. Se debe realizar un proceso que consiste en establecer normas de calidad de acuerdo a las expectativas del cliente, realizar el servicio según las especificaciones, analizar la información que se comunica al cliente y finalmente evaluar si el servicio ofrecido iguala o sobrepasa las expectativas del cliente.

La presente investigación se planteó con el fin de utilizar las aplicaciones del modelo SERVQUAL previamente definidas. Esta información puede ser muy importante para instituciones prestadoras del servicio de salud, en la búsqueda del crecimiento, la calidad y competitividad. La calidad del servicio se debe concebir como la clave del éxito, como parte integral del futuro de la organización y no como algo periférico. Se debe tener la premisa de que un mejor servicio es una estrategia fundamental para el éxito. Independientemente de los objetivos del mercado o el portafolio de servicios, se debe concebir la calidad del servicio como la base de la competencia. En este constante proceso no existen soluciones instantáneas, sino una constante búsqueda por mejorar ya que la calidad exige una permanente y repetida vigilancia que a corto plazo significará liquidez, y a largo plazo se convertirá en el pilar fundamental para el crecimiento de la organización.

### **5.3 Implicaciones académicas**

La escala SERVQUAL, a pesar de haberse diseñado en la década de los ochenta, continúa siendo el foco en muchos debates acerca de la medición de la calidad del servicio. Sin embargo, la validez y fiabilidad del instrumento, queda demostrada en numerosos estudios y revisiones

literarias hechas hasta el momento (Bigné et al. 1997). En el caso de los servicios de salud en Colombia, y también en otros sectores, surgen necesidades y oportunidades de investigación relacionadas a la calidad total y al marketing de servicios, en temas como la satisfacción del cliente interno, la influencia del ambiente físico y sus variables en el rendimiento del cliente interno. De igual forma, en un contexto actual, el papel y la importancia que juegan los medios electrónicos en la prestación del servicio, cada vez toma mayor fuerza. En este sentido, realizar estudios referentes a estos medios en los encuentros del servicio y la calidad del servicio en ambientes virtuales son temáticas que se podrían discutir en Colombia, dependiendo del tipo de organización y el público objetivo.

Investigaciones realizadas, como la presentada en este documento, pueden ser el punto de partida para futuros estudios. De esta manera se pretende establecer y enfocar posibles temas de interés para la academia y el sector empresarial.

### Lista de referencias

- Abello, R. (2010). La investigación en las ciencias sociales: sugerencias prácticas sobre el proceso. *Investigación y desarrollo*. Universidad del Norte, 224.
- Altuntas, S., Dereli, T. and Yilmaz, M. K. (2012). Multi-criteria decision making methods based weighted SERVQUAL scales to measure perceived service quality in hospitals: A case study from Turkey. *Total Quality Management & Business Excellence*, 23(11-12), 1379-1395.
- American Marketing Association. (2013). *Definition of Marketing*. Recuperado de <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>
- Angelini, A. and Bianchi, M. (2015). Service quality and profitability. An empirical study about clients and financial advisors of the Allianz Bank FA. *International Journal of Management Cases*, 17(4).
- Ayala, J. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Recuperado de [http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_204.pdf](http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf)
- Babakus, E. and Boller, G. W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business research*, 24(3), 253-268.
- Bateson, J. E. and Hoffman, K. D. (1991). *Managing services marketing: Text and readings*: Oak Brook, USA: Dryden Press.
- Berning, C. and Jacoby, J. (1974). Patterns of information acquisition in new product purchases. *Journal of Consumer Research*, 18-22.
- Berry, L. (1980). Services marketing is different. *Business*, 30(3), 24-29.
- Bigné, J. E., Moliner, M. A., Vallet, M. T. y Sánchez, J. (1997). Un estudio comparativo de los instrumentos de medición de la calidad de los servicios públicos. *Revista Española de Investigación de Marketing. ESIC*(1), 33-53.
- Bitner, M. J., Booms, B. H. and Tetreault, M. S. (1990). The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. *The Journal of Marketing*, 71-84.
- Cámara de Comercio de Barranquilla. (2010). *Información sobre el sector salud*. Recuperado de [http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268](http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268)

- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of retailing*.
- Chan, M. (2011). Logros, crisis, sorpresas y una vindicación moral. En C. House (Presidencia), *La creciente importancia de la salud mundial en los asuntos internacionales*. Discurso pronunciado en el evento, Londres, Reino Unido. Recuperado de [http://www.who.int/dg/speeches/2011/globalhealth\\_20110613/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2011/globalhealth_20110613/es/)
- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 80 de 1.993*. Diario Oficial. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=304>
- \_\_\_\_\_ (1999). *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones*. Diario Oficial No. 43.711, Bogotá, Colombia. Art 1.
- Constitución Política de Colombia. (1991a). *Asamblea Nacional Constituyente - servicios publicos*. Bogotá, Colombia. Recuperado de [http://wsp.presidencia.gov.co/Especiales/2011/Documents/20110613\\_serviciosPublicos.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Especiales/2011/Documents/20110613_serviciosPublicos.pdf)
- \_\_\_\_\_ (1991b). *De los derechos sociales, económicos y culturales*. Seguridad social. Art. 48. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/derecho/constitucion-politica-de-colombia-1991/titulo-2-capitulo-2>
- Cronin, J. Jr. and Taylor, S. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The journal of marketing*, 55-68.
- \_\_\_\_\_ (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *The Journal of Marketing*, 125-131.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. New York: New American Library.
- \_\_\_\_\_ (1988). *La organización permanece exitosa*. México: Editorial McGraw-Hill.
- De la Hoz, A. P. (2014). Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. *Revista CES Salud Pública*, 5(2), 107-116.
- Deming, W. E. (1982). *Quality, productivity, and competitive position*. Boston, USA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced En.

- Dolan, R. J. (1991). *Strategic marketing management*: Boston, USA: Harvard Business School Press.
- Drucker, P. (1967). *The effective executive* (Vol. 967): London, UK. Heinemann London.
- Duque, E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Innovar: Revista de ciencias administrativas y sociales*, 15(25), 64-80.
- Fontcuberta, J. y García, A. (s.f). Lectura crítica de otros tipos de estudios: estudios observacionales, revisiones narrativas, paneles de expertos, documentos de consenso. *Murcia Salud*, 391.
- Garvin, D. A. (1983). Quality on the line. *Harvard Business Review*, 61(5), 64-75.
- Gil Saura, I. (1995). *La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta*. Madrid, España: Club Gestión de la Calidad.
- Grajales, T. (2000). *Investigación descriptiva. Tipos de investigación*. Puebla, México: Instituto Universitario de Puebla.
- Grönroos, C. (1978). A service-orientated approach to marketing of services. *European Journal of marketing*, 12(8), 588-601.
- \_\_\_\_\_ (1982). Strategic Management and marketing in the Service Sector. *Research Report*.
- \_\_\_\_\_ (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- \_\_\_\_\_ (1990). *Service management and marketing: managing the moments of truth in service competition*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- \_\_\_\_\_ (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Hoffman K. y Bateson, E. (2002). *Fundamentos de Marketing de servicios*. México: Internacional Thomson Editores S.A.
- Hoffman, K. and Turley, L. (2002). Atmospheric, service encounters and consumer decision making: an integrative perspective. *Journal of Marketing theory and practice*, 33-47.
- Ishikawa, K. and Lu, D. (1985). *What is total quality control?: the Japanese way* (Vol. 215): NJ, USA: Prentice-Hall Englewood Cliffs.

- Jain, S. K. and Gupta, G. (2004). Measuring service quality: SERVQUAL vs. SERVPERF scales. *Vikalpa*, 29(2), 25-37.
- Juran, J. M. (1990). *Juran y la planificación para la calidad*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Kalepu, R. N. (2014). Service Quality in Healthcare Sector: An Exploratory Study on Hospitals. IUP. *Journal of Marketing Management*, 13(1), 7.
- Kotler, P. y Solis, E. R. (1996). Dirección de mercadotecnia (Vol. 1). Madrid, España: Prentice Hall.
- Lehtinen, J. R. and Laitamaki, J. M. (1985). Applications of service quality and services marketing in health care organizations. Building Marketing Effectiveness in Health Care.
- Lehtinen, U. and Lehtinen, J. (1982). Service quality: a study of quality dimensions. *Service Management Institute*.
- Lewis, R. and Booms, B. (1983). The marketing aspects of service quality. *Emerging perspectives on services marketing*, 65(4), 99-107.
- Losada, M. y Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 237-258.
- Lovelock, C. H. (1983). Classifying services to gain strategic marketing insights. *The Journal of Marketing*, 9-20.
- Merleau-Ponty, M. y Cabanes, J. (1994). *Fenomenología de la percepción*: Barcelona, España: Planeta-De Agostini.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). *Perfiles y competencias profesionales del terapeuta respiratorio en Colombia*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/TerapiaRespiratoria\\_Octubre2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/TerapiaRespiratoria_Octubre2014.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2014b). *Resolución 2003 de 2014*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2015a). *IPS acreditadas en Colombia*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>



- \_\_\_\_\_ (2015b). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud*. Recuperado de <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio del Trabajo. (2014). *Decreto 1443 de 2014*. Recuperado de [http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc\\_download/2095-decreto1443sgsss.html](http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/2095-decreto1443sgsss.html)
- Miquel, S., Bigné, E., Sánchez, J., Moliner, M. y Vallet, T. (1995). *El marketing de los servicios públicos administrativos*. IX Congreso Nacional-V Congreso Hispano-Francés, AEDEM, Toledo.
- Moore, W. and Lehmann, D. (1980). Individual differences in search behavior for a nondurable. *Journal of consumer research*, 296-307.
- Muñiz, R. (2011). *Marketing en el siglo XXI*. Recuperado de <http://www.marketing-xxi.com/Marketing-siglo-xxi.html>
- Murray, K. B. (1991). A test of services marketing theory: consumer information acquisition activities. *The journal of marketing*, 10-25.
- Organización Mundial de la Salud. (1969). *Comité de expertos de la OMS - Segundo informe*. Serie de informes técnicos N° 419. Ginebra, Suiza. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38490/1/WHO\\_TRS\\_419\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38490/1/WHO_TRS_419_spa.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2014). *Documentos básicos* (48.<sup>a</sup> ed.) Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- \_\_\_\_\_ (2015a). *Global Health Expenditure Database*. Recuperado de <http://apps.who.int/nha/database>
- \_\_\_\_\_ (2015b). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de [http://www.who.int/gho/health\\_financing/en/](http://www.who.int/gho/health_financing/en/)
- \_\_\_\_\_ (s.f.a). *Acerca de los sistemas de salud*. Recuperado de <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- \_\_\_\_\_ (s.f.b). *Sistemas de salud*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Perfil de los sistemas de salud en Colombia*. Monitoreo y análisis de los procesos de reforma. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Colombia\\_2009.pdf?ua=1](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf?ua=1)

- Orozco, A. (1999). *Investigación de mercados: concepto y práctica*. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *the Journal of Marketing*, 41-50.
- \_\_\_\_\_. (1988). Servqual. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40.
- Real Academia Española. (2012a). Calidad. En *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>
- \_\_\_\_\_. (2012b). Mercadotecnia. En *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=mercadotecnia>
- Ries, A. and Trout, J. (1986). Marketing warfare. *Journal of Consumer Marketing*, 3(4), 77-82.
- Rodríguez, A. (2000). Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: Propuesta de construcción de una escala de medida. *Revista Colombiana de Marketing*, 1
- Sasser, W., Olsen, R. and Wyckoff, D. (1978). *Management of service operations: Text, cases, and readings*. Boston, USA: Allyn & Bacon.
- Senlle, A. (1993). *Calidad total en los servicios y en la administración pública: Gestión 2000*.
- Stanton, W., Etzel, M., Walker, B., Báez, E., Martínez, J., Nicolesco, J. y Garza, A. (1980). *Fundamentos de marketing* (No. 658.8 S7F8 1980). Mexico D. F. McGraw-hill.
- Tafur, L. (2011). *El sistema de salud en Colombia. Plan de Desarrollo Facultad de Salud 2011-2030*. Universidad del Valle. Santiago de Cali, 2.
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
- Vázquez, R., Rodríguez, I. y Díaz, M. (1996). *Estructura multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados: desarrollo y validación de la escala CALSUPER*. Documento de Trabajo 119/96, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Oviedo.
- Winter, F. W. (1975). Laboratory measurement of response to consumer information. *Journal of Marketing Research*, 390-401.
- World Confederation for Physical Therapy. (2011). *Policy statements reflect the confederation's agreed opinion on issue affecting the practice of Physical Therapy*. London, UK. Recuperado de

[http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS\\_Description\\_PT\\_Sept2011\\_FORMATTED\\_edit2013.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011_FORMATTED_edit2013.pdf)

- Yasin, R. and Anjum, G. A. (2015). Reflection on quality of health services; a case from public teaching hospitals of Lahore pakistan. *Professional Medical Journal*, 22(5).
- Yeo, R. K. and Li, J. (2014). Beyond SERVQUAL: The competitive forces of higher education in Singapore. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(1-2), 95-123.
- Zeithaml, V. (1981). How consumer evaluation processes differ between goods and services. *Marketing of services*, 9(1), 25-32.
- Zeithaml, V., Berry, L. and Parasuraman, A. (1985). Problems and strategies in services marketing. *The Journal of Marketing*, 33-46.
- \_\_\_\_\_ (1988). Communication and control processes in the delivery of service quality. *The Journal of Marketing*, 35-48.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Zeithaml, V., Bitner, M. and Gremler, D. (2011). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm*. New York, McGraw-Hill.

## Apéndices

### Apéndice A. Cuestionario

		Cuestionario No.													
		ENCUESTA PERCEPCIÓN DEL USUARIO SOBRE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LA IPS ABS LTDA.													
P1. Lo invitamos a que responda esta encuesta para saber su opinión respecto al <b>servicio que espera</b> recibir de una IPS excelente y <b>el servicio recibido</b> en la IPS ABS Ltda. Sus respuestas contribuirán a mejorar el servicio, por favor siéntase libre de expresar sus opiniones. <b>Instrucciones:</b> Califique de 1 a 7, donde 1 es <i>fuertemente en desacuerdo</i> y 7 es <i>fuertemente de acuerdo</i> . Recuerde que puede usar números intermedios. <b>Pase lista No 1</b>	Pensando en una IPS de Fisioterapia que pudiera ofrecerle un servicio de excelente calidad.							Pensando en la IPS ABS Ltda.							
	Fuertemente en desacuerdo						Fuertemente de acuerdo	Fuertemente en desacuerdo							Fuertemente de acuerdo
1. Los equipos tienen apariencia moderna.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
2. Las instalaciones físicas son visualmente atractivas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
3. Los empleados tienen una apariencia pulcra.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
4. Los materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
5. Cuando prometen hacer algo en un determinado tiempo, lo hacen.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
6. Cuando Ud. tiene algún problema, muestran sincero interés en solucionarlo.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
7. Realizan bien el servicio la primera vez.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
8. Terminan el servicio en el tiempo prometido.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
9. Procuran realizar el trabajo sin errores.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
10. Los empleados informan con precisión al usuario cuándo concluirá el servicio.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
11. Los empleados lo atienden con rapidez.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
12. Los empleados siempre están dispuestos a ayudarlo.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
13. Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a sus preguntas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
14. El comportamiento de los empleados le transmite confianza.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
15. Usted se siente seguro al recibir el servicio médico.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
16. Los empleados son siempre amables con los usuarios.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
17. Los empleados tienen conocimiento suficiente para contestar las preguntas que les hace.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
18. La atención es individualizada ( <i>es decir, exclusiva y específica</i> ).	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
19. Los horarios son convenientes para todos los usuarios.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
20. Los empleados le dan una atención personalizada ( <i>es decir, se adapta a sus necesidades</i> ).	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
21. Se preocupan por sus mejores intereses.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
22. Los empleados comprenden sus necesidades específicas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	

	Pésimo	Excelente
--	--------	-----------

**P2.** En términos generales, ¿cuál es su nivel de satisfacción con el servicio que recibió hoy en ABS Ltda.? Califique de 1 a 7, donde 1 es Pésimo y 7 es Excelente. Recuerde que puede usar números intermedios. **Pase lista No 2**

	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

**P3.** En la siguiente lista hay cinco características de IPS's de fisioterapia y los servicios que ofrecen. Nos gustaría conocer qué nivel de importancia le atribuye a cada una de ellas cuando evalúa la calidad del servicio. Por favor, distribuya un total de 100 puntos entre las cinco características *de acuerdo con la importancia que tiene para usted cada una* (cuanto más importante sea para usted, más puntos le asignará). Asegúrese de que los puntos sumen 100. **Pase lista No 3**

1. Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y material de comunicación que utiliza una IPS de fisioterapia.	_____ puntos
2. Habilidad de una IPS de fisioterapia para realizar el servicio prometido de forma segura y precisa.	_____ puntos
3. Disposición de la IPS de fisioterapia para ayudar a los usuarios y darles un servicio rápido.	_____ puntos
4. Conocimientos y trato amable de los empleados de una IPS de fisioterapia y su habilidad para transmitir un sentimiento de fe y confianza.	_____ puntos
5. Cuidado y atención individualizada que una IPS de fisioterapia le da a sus usuarios.	_____ puntos

**Total de puntos asignados**

**100** puntos

**P4.** De las cinco características señaladas previamente, ¿cuál es la más importante para usted? (Indique el número de la característica). \_\_\_\_\_

¿Cuál es la Segunda más importante? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la Menos importante? \_\_\_\_\_

**P5.** ¿Hace cuánto tiempo conoce esta IPS? \_\_\_\_\_

**P6.** ¿Hace cuánto tiempo usa el servicio? \_\_\_\_\_

**P7.** ¿Cuántas veces ha sido remitido a esta IPS? \_\_\_\_\_

**P8.** ¿Cuál es el medio que más utiliza para pedir las citas? 1. Personalmente 2. Teléfono

**P9.** ¿Es usted usuario o acompañante? 1. Usuario 2. Acompañante

**P10.** Tipo de acompañante 1. Madre 2. Padre 3. Cónyugue 4. Hijo 5. Hermano 6. Familiar 7. Empleado 8. Asiste solo

**P11.** ¿Qué tipo de entidad lo remite? 1. EPS 2. SOAT 3. ARL 4. Particular 5. Otro

**P12.** Nombre de la entidad 1. AIC 2. Colpatría 3. Comfenalco 4. Coomeva 5. Positiva 6. Saludcoop 7. Sanitas  
8. Seguros del Estado 9. Particular 10. Otro

**P13.** Régimen de salud 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Particular 4. Otro: \_\_\_\_\_

**P14.** Tipo de afiliación 1. Titular/cotizante 2. Beneficiario 3. Particular

**P15.** ¿Tiene medicina prepagada? 1. Sí 2. No

**P16.** Nombre de la entidad 1. Previred 2. Protegemos 3. Otra: \_\_\_\_\_

#### DATOS PERSONALES

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Género** 1. Masculino 2. Femenino **Edad** \_\_\_\_\_

**Nivel educativo** 1. Primaria 2. Secundaria incompleta 3. Bachiller 4. Técnico 5. Profesional 6. Posgrado

**Ocupación** 1. Empleado 2. Independiente 3. Cesante 4. Estudiante 5. Ama de Casa

**Estrato** 1 2 3 4 5 6

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

### Apéndice B. Listas de apoyo

#### Lista No 1

**1**

Pensando en una IPS de  
Fisioterapia que pudiera  
ofrecerle un servicio de  
excelente calidad.

Fuertemente en desacuerdo				Fuertemente de acuerdo		
------------------------------	--	--	--	---------------------------	--	--

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

**2**

Pensando en la IPS ABS Ltda.

Fuertemente en desacuerdo				Fuertemente de acuerdo		
------------------------------	--	--	--	---------------------------	--	--

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

#### Lista No 2

En términos generales, ¿cuál es su nivel de satisfacción con el  
servicio que recibió hoy en ABS Ltda.?

Pésimo				Excelente		
1	2	3	4	5	6	7

**Lista No 3**

---

1. Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y material de comunicación que utiliza una IPS de fisioterapia.	_____ puntos
2. Habilidad de una IPS de fisioterapia para realizar el servicio prometido de forma segura y precisa.	_____ puntos
3. Disposición de la IPS de fisioterapia para ayudar a los usuarios y darles un servicio rápido.	_____ puntos
4. Conocimientos y trato amable de los empleados de una IPS de fisioterapia y su habilidad para transmitir un sentimiento de fe y confianza.	_____ puntos
5. Cuidado, atención individualizada que una IPS de fisioterapia le da a sus usuarios.	_____ puntos
<b>TOTAL de puntos asignados</b>	<b>100 puntos</b>

---

### Apéndice C. Cálculo de puntuación Servqual ponderada

Registro No.	Puntuación Servqual promedio por dimensión					Nivel de importancia (ponderador)					Puntuación Servqual promedio ponderado por dimensión					Puntuación Servqual ponderada combinada
	E.T.	F.	C.R.	S.	E.	E.T.	F.	C.R.	S.	E.	E.T.	F.	C.R.	S.	E.	Total
1	-0,75	-0,6	-0,5	-1,25	-2,2	50	10	10	10	20	-0,375	-0,06	-0,05	-0,125	-0,44	-1,05
2	-2,25	-0,8	-1	-1	-0,4	10	30	30	20	10	-0,225	-0,24	-0,3	-0,2	-0,04	-1,005
3	-2	-0,2	-0,5	-0,25	-1,2	20	20	20	20	20	-0,4	-0,04	-0,1	-0,05	-0,24	-0,83
4	-1	0	-0,25	-0,25	-0,6	5	30	20	40	5	-0,05	0	-0,05	-0,1	-0,03	-0,23
5	-2,25	-2,2	-2	-2,5	-3	10	35	10	25	20	-0,225	-0,77	-0,2	-0,625	-0,6	-2,42
6	-1,5	-1,2	-0,5	-0,5	-1,2	20	25	25	15	15	-0,3	-0,3	-0,125	-0,075	-0,18	-0,98
7	-1,5	0	-1,75	-0,5	-0,6	20	20	10	30	20	-0,3	0	-0,175	-0,15	-0,12	-0,745
8	-1,5	-0,6	-0,75	-0,75	-0,2	15	25	15	15	30	-0,225	-0,15	-0,113	-0,113	-0,06	-0,66
9	-0,5	-1	-1	-1,25	-1,4	15	15	15	30	25	-0,075	-0,15	-0,15	-0,375	-0,35	-1,1
10	-0,25	0	0	0	0	10	20	10	20	40	-0,025	0	0	0	0	-0,025
...																
187	-1	-1,8	-1	-0,25	-1,4	15	20	30	15	20	-0,15	-0,36	-0,3	-0,038	-0,28	-1,128
188	-2,75	0	-0,25	-0,25	-2	15	30	15	30	10	-0,413	0	-0,038	-0,075	-0,2	-0,725
189	-0,25	-0,2	-0,5	0	-0,2	20	20	20	30	10	-0,05	-0,04	-0,1	0	-0,02	-0,21
190	-1,25	-2,4	-2,25	-1	-0,6	30	15	20	20	15	-0,375	-0,36	-0,45	-0,2	-0,09	-1,475
191	-2,5	-2,2	-0,25	-0,25	-2,4	10	10	10	40	30	-0,25	-0,22	-0,025	-0,1	-0,72	-1,315
192	-0,5	0	0	0	0	5	30	40	15	10	-0,025	0	0	0	0	-0,025
<b>Puntuación Servqual ponderada</b>																<b>-0,633</b>



