

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE HIPERTENSOS EN LA  
NUEVA E.P.S CARTAGENA SEDE LA PLAZUELA 2015.

AUTORES:

YUSIT ABRAHAM CHAMS MARTÍNEZ

JAIR DE JESÚS RODRÍGUEZ PÁJARO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

GERENCIA EN SALUD COHORTE XXIV

CARTAGENA DE INDIAS

2016

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE HIPERTENSOS EN LA  
NUEVA E.P.S CARTAGENA SEDE LA PLAZUELA 2015.

DOCENTE: DR. WILLIAM PEÑA DAZA

AUTORES:

YUSIT ABRAHAM CHAMS MARTÍNEZ

JAIR DE JESÚS RODRÍGUEZ PÁJARO

ASESOR:

DOCENTE: DR. FABIO DUITAMA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
GERENCIA EN SALUD COHORTE XXIV  
CARTAGENA DE INDIAS

2016

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

---

FIRMA JURADO

---

FIRMA JURADO

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	9
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	11
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA .....	13
2 OBJETIVOS .....	14
2.1 GENERAL .....	14
2.2 ESPECÍFICOS .....	14
3 JUSTIFICACION .....	15
4 MARCO TEÓRICO .....	17
4.1 MARCO DE REFERENCIA .....	17
4.2 MARCO CONCEPTUAL .....	22
4.2.1 La calidad en la prestación de servicios .....	22
4.2.2 La prestación de los servicios de salud .....	23
4.2.3 La calidad dentro del sistema de salud.....	25
4.2.4 Programas de Hipertensión .....	27
4.2.5 Recomendaciones para el Manejo de la Hipertensión.....	33
4.3 MARCO LEGAL .....	42
4.3.1 Sistema General de salud .....	42
4.3.2 La Calidad en los servicios de la salud.....	44
4.4 GLOSARIA DE TÉRMINOS .....	45
4.5 MARCO HISTÓRICO .....	47
4.6 MARCO INSTITUCIONAL.....	50

4.6.1	Constitución y normativa .....	50
4.6.2	Aspectos organizacionales de la Institución .....	52
5	METODOLOGÍA .....	55
5.1	TIPO DE ESTUDIO .....	55
5.2	PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LOS RESULTADOS .....	55
5.3	UNIVERSO DE ESTUDIO.....	57
5.4	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	57
5.5	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN .....	59
5.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	59
6	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	61
6.1	ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO .....	61
6.1.1	El Modelo Servqual.....	65
6.1.2	El Modelo Servperf .....	72
6.1.3	El Modelo de Calidad de Servicio de Grönroos .....	75
6.2	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LOS USUARIOS.....	80
6.2.1	Fiabilidad .....	80
6.2.2	Capacidad de respuesta.....	81
6.2.3	Seguridad .....	82
6.2.4	Empatía .....	83
6.2.5	Aspectos tangibles.....	84
6.3	EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE CALIDAD .....	86

6.3.1	Análisis de fiabilidad .....	86
6.3.2	Identificación De Factores Críticos calidad o no calidad en el programa de hipertensión de la sede Plazuela Nueva EPS.....	87
6.3.3	Matriz de factores .....	88
	CONCLUSIONES.....	93
	ANEXOS .....	99

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Comparación entre los conceptos de calidad y satisfacción .....	62
Tabla 2 Fiabilidad .....	80
Tabla 3 Capacidad de respuesta.....	81
Tabla 4 Seguridad .....	82
Tabla 5 Empatía .....	83
Tabla 6 Aspectos tangibles .....	84
Tabla 7 Resumen del procesamiento de los casos .....	86
Tabla 8 Estadísticos de fiabilidad .....	87
Tabla 9 rangos para los criterios de evaluación de los niveles de calida .....	88
Tabla 10 Matriz de factores .....	88

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Resumen de las relaciones causales entre satisfacción y calidad del servicio .....	64
Figura 2 Esquema interpretativo de los GAPS en el modelo SERVQUAL .....	66
Figura 3 Modelo SERVQUAL .....	69



## INTRODUCCIÓN

El panorama actual de la economía mundial se encuentra signado por el sector terciario los servicios, la tecnología y en el caso específico de este documento los servicios de la salud, son y siguen siendo temas escogidos para investigaciones científicas relacionadas con la medición de los niveles de calidad del servicio prestado ya que a los ejecutivos responsables de cada institución les interesa en qué nivel de calidad son evaluados y así mejorar su competencia.

Los servicios actualmente configuran un potencial inescrutable de intercambio comercial en el mundo, de tal manera que se hace cada vez más importante la calidad de su prestación pero también la evolución o el desarrollo de los servicios a cualquier nivel, sean públicos o privados, administrativos o financieros o sean de atención en salud. Este último, que especialmente en Colombia siempre, bajo el sistema anterior o el nuevo implantado por la ley 100 ha sido considerado de mala calidad. Realizar una medición de la calidad en la prestación de un servicio de un programa ofrecido por una EPS es un gran reto, el cual se constituye en una de las principales razones para plantear organizacionalmente esquemas y modelos que tengan como objeto adecuar o plantear escenarios de calidad que permitan responder con mayor eficiencia a las exigencias de este mercado (Soler, Llobel, & Frías, 2006).

El estudio sobre el tema de calidad en la prestación de los servicios en las últimas 3 décadas ha evolucionado vertiginosamente dando paso a un grupo de modelos de aplicación al área de los servicios destacándose el SERVQUAL y el SERVPERF entre los que mejores resultados y aplicabilidad manifiestan (Rodríguez & Ramirez, f.s), que ya comienzan a tener auge y amplia aplicabilidad en Colombia.

El presente trabajo investigativo tiene la pretensión de medir y evaluar los niveles de calidad del servicio prestado por el programa de hipertensión en una sede de la Nueva EPS en Cartagena, usando como modelo de la estructura y de los parámetros dimensionales de calidad previstos por la técnica del modelo SERVQUAL, pero utilizando combinadamente los criterios del método de factores críticos para construir los rangos evaluativos de los resultados obtenidos con la aplicación de un cuestionario basado estructuralmente en el SERVCUAL.

Luego entonces este trabajo es un ejercicio analítico e interpretativo aplicado a la técnica de investigación SERVQUAL y la descripción de los resultados de una encuesta de percepción con el que se logra mostrar; en la primera parte los principales métodos y herramientas propuestos en documentos y estudios anteriores con la intención de obtener una aproximación lógica y coherente al proceso que debe seguirse para la construcción del instrumento que se utilizó

Así mismo, la segunda parte muestra la un análisis descriptivo de las respuestas o anotaciones realizadas por los usuarios consultados, siendo una primera aproximación previa a la percepción de los usuarios.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La Nueva E.P.S es una sociedad anónima que surgió en marzo del 2007 como entidad promotora de salud del régimen contributivo, la cual comenzó operaciones con los afiliados del instituto de seguros sociales (ISS) teniendo sedes en la mayoría del territorio nacional; En este trabajo nos enfocaremos en la sede la plazuela de la ciudad de Cartagena, la cual presta servicios de consulta externa en el área de medicina general, laboratorio clínico, fisioterapia y rehabilitación, odontología, farmacia y atención de especialistas, a cargo de Bienestar IPS como la institución prestadora de servicios de salud. Dentro de los múltiples programas que ofrece encontramos el de pacientes crónicos como el programa de hipertensión, el cual es objeto de nuestra investigación.

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas.

Este conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la asistencia del hipertenso, las metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad de atención. Aunque las preferencias individuales, la existencia de comorbilidades y otros factores del paciente puedan influir para modificar las metas. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.

Estas recomendaciones son acciones terapéuticas y Diagnósticas que se sabe y se cree ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes.

Se ha notado que en Bienestar IPS prestadora de los servicios de salud a la nueva E.P.S sede plazuela, se han dado ciertas críticas, inconvenientes y problemas de insatisfacción de algunos usuarios quienes exponen y hacen evidente una problemática interna en la ejecución y supervisión del programa de hipertensión que se está llevando a cabo en el cual los únicos afectados son los usuarios acreedores a este programa.

Estos problemas, quejas y reclamos van orientados a la oportunidad de las citas, la falta de continuidad del personal médico a cargo del programa, inconformidad a la entrega de medicamentos los cuales al no entregarlos quedan pendientes y por ende el paciente se ve en la necesidad de adquirirlo con sus propios recursos o interrumpir la continuidad del tratamiento que se ve reflejado a la hora de asistir a su seguimiento con cifras tensionales fuera de metas lo que contribuye a posibles complicaciones agudas o crónicas, entonces, ¿cuál es la calidad del programa de hipertensión en la nueva E.P.S Cartagena sede plazuela?

La disminución de la actividad física es uno de los principales factores que incrementa la posibilidad de presentar sobrepeso y padecer obesidad, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares, especialmente en las personas diabéticas y/o que presentan hipertensión.

Teniendo en cuenta esto la Nueva EPS asumiendo su papel de asegurador en salud gestiona el riesgo, ha creado programas de prevención para esta población vulnerable, tales como los pacientes diabéticos y los que sufren de hipertensión arterial, ya que estos pacientes asciende al 20% de los afiliados, ya que estos tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, principalmente si no realizan cambios en sus hábitos de vida como el sedentarismo, tabaquismo y la disminución de la actividad física.

Esta falta actividad física fue clasificada por la Federación Internacional de la Diabetes en América Latina como una de las razones que en los próximos 25 años aumentará los casos de diabetes en un 150% ligado a los cambios culturales y la transición a la ingesta de alimentos baja en calorías o dieta hipocalórica.

La diabetes está cataloga como el tercer problema de salud que afecta a la población mundial, donde en los últimos 20 años se ha observado un incremento 120% en los adultos, lo cual se concentra en países en vía de desarrollo con el 170% de los casos en Colombia.

Por otro lado, la enfermedad cerebro vascular, tales como la trombosis, hemorragias e infartos cerebrales, es la primera causa de muerte y enfermedad en países como Colombia, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo más importante para el desarrollo de éstas. El Ministerio de Salud y la Protección Social, señala que el 20%de la población adulta sufre de esta enfermedad, generando el mayor número de consultas y hospitalizaciones.

Por múltiples razones, la Nueva EPS consciente de la gestión del riesgo adelanta cómo asegurador en salud, programas especiales para sus afiliados, con los que realiza intervención temprana de factores de riesgo cómo la prevención secundaria en hipertensión y diabetes.

## 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad del programa de hipertensión en la nueva E.P.S Cartagena sede plazuela?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL

Evaluar la calidad del programa de hipertensos en la nueva EPS Cartagena sede la plazuela en el año 2015 como una deducción y adaptación de la técnica de investigación SERVQUAL

### 2.2 ESPECÍFICOS

Analizar los principales métodos y herramientas propuestos en otros estudios para la medición de la calidad del servicio y extraer los aspectos de mayor relevancia aplicativa.

Analizar de manera descriptiva los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento basado en el esquema del modelo SERVQUAL.

Medir y evaluar el nivel de calidad del programa de hipertensión de la sede con base en las calificaciones dadas por los usuarios en cada una de las dimensiones consultadas por el instrumento aplicado.

### 3 JUSTIFICACION

Los estudios epidemiológicos han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados a la enfermedad cardiovascular total que incluye: enfermedad cerebro vascular (ECV), enfermedad coronaria (EC), enfermedad arterioesclerótica (EA) y enfermedad renal, siendo la hipertensión arterial (HTA) el factor de riesgo más importante para el desarrollo de estas. La HTA afecta alrededor de 20% de la población adulta en la mayoría de los países, generando la mayoría de consultas y hospitalizaciones en población adulta. La HTA afecta a cerca de 50 millones de personas en Estados Unidos y aproximadamente un billón en el mundo. El estudio de Framingan sugirió que individuos normotensos de 55 años tienen un riesgo de 90% de desarrollar hipertensión.

La HTA es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular y, a menudo, se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos como: dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e inactividad física (sedentarismo).

Las personas con hipertensión tienen de 2 a 4 veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC); asimismo, la reducción de 5-6 mm Hg en la presión arterial disminuye de 20-25% el riesgo de EC. Sin embargo, cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y el control de la presión arterial disminuye de 30 a 50% la incidencia de ACV.

Por lo anterior, controlar la HTA significa controlar el riesgo de EC, ECV,EA, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta con énfasis en la calidad de la misma y, sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el

conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.

La detección y el control de la HTA implican un enfoque multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en el fácil acceso de la población a la atención del equipo de salud para la búsqueda de HTA y factores de riesgo asociados, con el fin de realizar una intervención de cambios en el estilo de vida (terapia no farmacológica) y farmacológica.

Por lo anteriormente mencionado vemos la importancia que tiene evaluar e implementar un programa de hipertensión con calidad basándose en las guías establecidas y conocidas mundialmente avaladas por el Ministerio de Protección Social de Colombia en nuestra institución objeto de esta investigación (Nueva E.P.S Cartagena sede la plazuela), ya que estudios de la OMS han demostrado, que es importante trabajar con programas preventivos con los pacientes que tienen patologías como diabetes e hipertensión, en donde asisten con un profesional de la salud a control de peso, signos vitales, electro cardiograma y exámenes de laboratorio una vez al año o antes si lo amerita, remisión a nutrición para que se implemente una dieta balanceada, evitando los alimentos nocivos para sus patologías, es decir una alimentación saludable.

Asisten a control con el médico familiar cada tres meses y de acuerdo a la evolución, si presentan alguna necesidad especial, son remitidos a otros especialistas, como el cardiólogo, internista o el que amerite, de acuerdo a los síntomas del paciente. De igual manera realizan charlas con la población que presenta estas enfermedades, para que se aprendan a identificar las señales de alarma y cuando deben acudir a Urgencias.



## 4 MARCO TEÓRICO

### 4.1 MARCO DE REFERENCIA

En el presente apartado se muestran de manera sintética y resumida los diversos textos y material bibliográfico de referencia desarrollado por autores diferentes y que cuyos desarrollos incluyen de una forma u otra aspectos de importancia relacionados con la temática aquí desarrollada.

El primero de ellos es el de Parasuraman A, Zeithaml V., & Berry L (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, en el cual se muestra con claridad el marco teórico del Modelo Conceptual de Calidad de Servicio y se hace un estudio que intenta fundamentar el concepto de Calidad de un Servicio para luego desarrollar el modelo que se propone. Con el desarrollo del estudio se intentan aclarar algunos detalles como la percepción tenida por parte de los gerentes de las empresas de servicios y aquellos atributos claves resultantes de la medición de Calidad de Servicio. Además de ellos, qué percepción tienen los usuarios sobre los atributos claves de la Calidad de un Servicio determinado. De igual forma, el análisis de discrepancias entre las percepciones anteriormente comentadas, además la posibilidad de realizar, a partir de las percepciones del usuario y de los gerentes, combinaciones que generen un modelo explicativo sobre la calidad de un servicio desde el punto de vista del usuario.

A través de un esquema interpretativo, se presenta un juego de discrepancias claves o “Gaps” (vacíos – discrepancias) existentes en cuanto a las percepciones ejecutivas de la calidad de un servicio y las tareas asociadas con la entrega del

servicio a los usuarios. Estos vacíos son las barreras principales en el intento de entregar un servicio que los consumidores percibirían como de la alta calidad.

A partir de ello, cuando el servicio esperado (ES) es mayor que el servicio percibido (PS), La Calidad del Servicio No es satisfactoria. Cuando (ES) es igual (PS) la calidad del servicio es satisfactoria. Finalmente cuando (PS) es mayor que (ES) la calidad del servicio es más que satisfactoria y tendería entre mayor sea la diferencia a una calidad ideal del servicio<sup>1</sup>.

Finaliza el documento resaltando que la calidad de servicio percibida es el resultado dado por el consumidor al comparar el servicio esperado con el servicio percibido, y depende de la dirección y magnitud de un conjunto de cuatro “gaps” o vacíos que hay en la relaciones dentro del área de proveedores y del área de usuarios. Como segunda conclusión de relevancia, encuentra que los atributos del usuario requieren una reevaluación considerando la segmentación de los usuarios. El siguiente paso de los investigadores fue establecer un método de evaluación (medición) tanto de los vacíos como de los atributos.

Otro de los textos del mismo autor: Parasuraman, A. Zeithaml, V & Berry, L (spring, 1988). *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing*. Este documento describe el desarrollo de un instrumento (llamado SERVQUAL) para determinar opiniones del cliente de la calidad del servicio. De igual manera indica los pasos para la construcción y refinamiento de la escala SERVICAL, mediante una figura explicativa y para la construcción de la escala sugiere las recomendaciones de Gilbert Churchill (1979) “A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs”.

La SERVQUAL, es una escala relacionada con la conceptualización de calidad del servicio basada en la Calidad Percibida, entendiéndose por calidad percibida

---

<sup>1</sup> Siglas utilizadas por la autora durante el desarrollo del texto analizado

como el juicio que hace el consumidor de un evento que ha sido satisfactorio. Este concepto de calidad percibida está relacionado con el de Calidad Objetiva, donde se tiene un resultado de la comparación entre las expectativas con la percepción de la forma como se hizo el servicio, yendo más allá de evaluar solamente la satisfacción.

Los mismos autores, Parasuraman, Berry & Zeithaml. (1990) redactan en base a los textos anteriormente referenciados un documento titulado *Guidelines for Conducting Service Quality Research*. En este texto se muestra desde la conceptualidad que SERVQUAL es una escala que puede ser utilizada para entender mejor las expectativas del servicio y las opiniones de los consumidores y consecuentemente poder mejorar el servicio. El instrumento se ha diseñado para ser aplicable a través de un amplio espectro de servicios.

En este documento se realiza además una aplicación empírica, donde se solicitó para cada una de cuatro empresas que se pidiera a los clientes una calificación del servicio como excelente, como bueno y como pobre o deficiente. Luego se dividió a los clientes en tres grupos - los que dieron una calificación excelente, los que dieron una calificación buena, y los que dieron sólo una calificación justa o pobre. Para cada grupo se computo un valor negativo de la percepción-expectativa basado en respuestas de clientes a las preguntas de SERVQUAL. El resultado es consistente, es decir el "gap" de menor valor estaba asociado con el grupo de consumidores que calificaban el servicio como excelente, ello significa que la calidad de servicio (la diferencia entre el servicio percibido y el servicio esperado) tiene un menor valor que el que se encuentra en la evaluación que hacen los consumidores del grupo que califico como bueno o como pobre el servicio.

Con los resultados obtenidos de SERVQUAL, una empresa puede hacer seguimiento en el tiempo a la calidad del servicio que se está prestando, buscando tener una menor diferencia entre las expectativas y las percepciones. Otra

aplicación del instrumento puede ir orientado a medir no solo la calidad del servicio de una empresa sino también a incluir a la competencia y lograr cambiar la tendencia de los resultados al mirar una evaluación de las dimensiones del servicio y de sus atributos, dado que ellos no tiene una importancia igual para todos los clientes.

Otro documento de importancia es el desarrollado por Garvin, D. (2001) *Competing on the eight dimensions of quality. Harvard Business Review*. Este documento tiene como objetivo, el entendimiento del alcance que tiene el concepto de calidad.

En cuanto a las preguntas básicas planteadas que hacen referencia principalmente a ¿cuánto de “calidad” es suficiente?, ¿cuánto gasto en calidad puede ser tolerable?, son contestadas por Joseph Juran, en su libro de Control de Calidad, libro que se convirtió en una Biblia sobre estos temas. La calidad puede ser entendida en términos de costos evitables y no-evitables que en un principio se ven reflejados en re-trabajos o en reparaciones y que más tarde fueron asociados a procesos de muestreo y preinspección. Jurán infiere que las inversiones en la mejora de la calidad son justificadas en el hecho que su costo es mucho menor que el que se incurre cuando se producen productos defectuosos. Ello se contiene en el libro de Garvin como un análisis bibliográfico referencial.

Así mismo, analiza a Armand Feigenbaum, en 1956, y su proposición del TQC, Total Quality Control, en donde la calidad es una labor interfuncional en una compañía con responsabilidades compartidas en todas las fases del diseño y la fabricación. Un paso en la dirección correcta del control de la calidad fue el identificar tres pasos fundamentales en la actividad de producción: El control en el diseño, El control en el material de entrada y el control en el producto final.

El texto comenta a además que Juran, Feigenbaum y Deming, buscaron ir más allá de los puros controles estadísticos de la calidad de los productos estos

esfuerzos fueron reforzados por los datos por la industria aeroespacial y electrónica en el manejo de la “ingeniería confiable”. Esto condujo a la forma más puro de manejar el concepto de calidad con el llamado programa de “Cero defectos”, la total ausencia de fallas a través de un fuerte impulso a los programas de inspección.

La pregunta crucial a enfrentar en este nuevo alcance de calidad. Garvin sugiere que una estrategia para lograr esta nueva visión de la calidad es estructurándola en ocho piezas manejables.

Por otro lado Duque, E. J (2005) en un documento titulado: *Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus Modelos de Medición. Revista Innovar N. 25*. Revisa las diferentes conceptualizaciones sobre el servicio y los modelos de la escuela Norteamérica y de la escuela nórdica utilizados en evaluaciones de calidad del servicio, además hace un seguimiento al constructo de calidad percibida partiendo de los conceptos de servicio y calidad del servicio.

Otro aspecto a desarrollar está contenido en el trabajo realizado por: Wilfredo Valls, Eduardo Vigil, Katia Yera & Ariel Romero: *Modelo RESORTQUAL para la Evaluación de la Calidad Percibida del Servicio en un Destino Turístico de Sol y Playa*. Al trasladar la SERVQUAL a un centro turístico tomando en cuenta actividades como: Por un lado la definición de los atributos a medir teniendo en cuenta seis momentos de verdad que se presentan en el ciclo de servicio, estos son: aeropuerto, accesibilidad transporte, hotel, servicios extra hoteleros, calidad ambiental y elementos generales y por otro cuarenta y cinco ítems conforman el despliegue de los seis momentos de verdad y la aplicación del Método Delphi para seleccionar las características que contribuyan a la correcta medición de la calidad y finalmente diseña un instrumento modelo al que le llama RESORTQUAL.

Por su parte, Serna G., Humberto. (2004). Desarrolla un documento titulado: *¿Cómo medir la satisfacción del cliente? –Teoría, estrategias y metodología-*. En

ese trabajo La Gerencia del Servicio al Cliente está compuesta por 10 elementos que son: conocer al cliente, Formulación de la estrategia del servicio, Educación del cliente externo e interno, Satisfacer al cliente, Escuchar al cliente, Gerencia Visible frente al cliente, contacto directo con el cliente, Seguimiento al cliente posventa, Obtención de índices de satisfacción de los clientes, Referenciamiento competitivo (Benchmark).

## 4.2 MARCO CONCEPTUAL

### 4.2.1 La calidad en la prestación de servicios

La Calidad en el Servicio sólo puede ser entendida como la acumulación de satisfacciones repetidas de un cliente con la organización, dentro de la cual los momentos de verdad que tiene en el ciclo de servicio se convierten en aspectos vitales y en los cuales se debe trabajar con primordial importancia. Todo este planteamiento lo Desarrollo bajo la metodología de escalas de herramientas y cuestionarios para evaluar la calidad del servicio.

Tatikonda, L & Tatikonda, R. (1996). *Top ten Reasons your effort is mailing to improve profit. Producción and Inventory Management Journal*. Hacen un recorrido por los resultados de varios estudios donde se evidencia que una alta proporción de empresas que aplicaron TQM no alcanzaron los resultados de efectividad esperados, los porcentajes de optimizaciones en su mercadeo no fueron suficientemente atractivos y aun así algunas pocas empresas que lograron una adecuada puesta en servicio del programa lograron mejoras significativas en eficiencia. De la misma manera se presentan los resultados de varios estudios donde se dan mediadas porcentuales de ellos, que permiten sustentar los

factores que hacen fallar un programa de TQM (Un cliente muy satisfecho fue a comprar de nuevo un producto seis o siete veces más que un cliente satisfecho).

Se hace una presentación de los factores que contribuyeron a que los esfuerzos del TQM fallaran: Carencia de visión, Carencia de focalización en el cliente Debe ser entendido adecuadamente el concepto de satisfacción del cliente, que lleva a un cliente a ser leal, Carencia de dirección, Entrenamiento sin un propósito, Carencia de análisis de costo – beneficio, Estructura Organizacional, TQM crea su propia Burocracia, Carencia de medida o errores, Sistema contable.

#### 4.2.2 La prestación de los servicios de salud

Es un patrón, norma, medida que se utiliza para efectuar comparaciones de entidades similares. Los estándares son promedios que en la evaluación muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable. En estudios de calidad se centra el interés en estándares mínimos, en cumplimiento de las normas mínimas establecidas. Los estándares son indicadores cualitativos, permiten evaluar en un mismo servicio aspectos de estructura, procesos, resultados, niveles de satisfacción del usuario.

La atención en los servicios de la salud cumple de la misma manera como debe hacerlo cualquier tipo de servicio que es prestado en beneficio de personas, con un conjunto de características que le dan el calificativo de calidad en términos generales, entre ellos los siguientes

Accesibilidad: se considera terminológicamente como la posibilidad de acceder a un servicio de salud en términos geográficos y económicos, de acuerdo con las necesidades del usuario (Durán, 2011).

Oportunidad: esta entendida como la Capacidad de satisfacer la necesidad de salud del usuario en el momento que requiere el servicio, tomando como indicador de medición los tiempos suficientes para la atención del usuario o paciente (Durán, 2011).

Continuidad: tiene que ver con la frecuencia y permanencia de la atención del usuario, a través de una serie de acciones del proceso de la atención y bajo el cuidado de un equipo de profesionales.

Suficiencia e Integridad: la atención de calidad es suficiente e integral si brinda el nivel de satisfacción oportuna de las necesidades de salud del usuario, en forma adecuada a su estado de salud y de manera integral, entendidas con acciones de promoción y prevención, curación y rehabilitación (Durán, 2011).

Racionalidad Lógica y Científica: el conocimiento médico, optométrico y tecnológico se reúnen para atender un problema de salud, con criterios de lógica y optimización de recursos.

Efectividad: es vista a partir de la respuesta obtenida en la salud de los pacientes una vez aplicados los tratamientos efectivos, la efectividad obedece a un concepto que se relaciona con la precisión de los logros obtenidos por el cuerpo técnico y profesional (Durán, 2011).

Satisfacción del usuario y atención humanizada: tener en cuenta una serie de necesidades de índole cultural, religiosa, estilos de vida que mantengan en alto la dignidad del paciente (Durán, 2011).



### 4.2.3 La calidad dentro del sistema de salud

la literatura moderna relacionada con la temática de la salud de comprueba con mucha facilidad , muy a pesar de que existes uno de los principales escollos en su percepción es el que se relaciona con la definición y la estructuración propia del sector y de los objetivos que él busca. Considerando de primera mano que estos corresponden a un a nivel puramente económico, el sector de la salud puede definirse como aquel mercado en el cual se transan los servicios de salud, existiendo una demanda por parte de la población y una oferta a partir de los médicos y de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Pese a las imperfecciones naturales del modelo que fundamenta el sistema de seguridad en salud en Colombia, la definición planteada tiene limitaciones innegables. De ellas, la primera, sin duda, es la ausencia del reconocimiento de la salud como un bien al cual deben acceder todos los habitantes de una formación social económica, esto es, el principio de la equidad en el sistema; la sola consideración de este nuevo elemento conduce a profundizaciones más complejas, pues ya no se trata de la constatación de la simple existencia de la demanda, sino de la posibilidad real de que todos los pobladores sean efectivamente demandantes potenciales del mercado (Ministerio de Protección Social, 2010).

Desde luego este hecho conduce a considerar los interrogantes relacionados con los recursos a través de los cuales algunos sectores, inicialmente marginados del mercado, se involucran dentro del mismo y, a partir de allí, a definir la formación de precios.

Quizás por las dificultades mismas que plantea la definición del sector de la salud, al punto que algunos tratadistas han llegado a afirmar que “como se ha dicho de la pornografía se reconoce la salud cuando se la ve”, la concepción del sector ha

sido abocada, más bien, a partir de los resultados que debe producir en relación con los objetivos que cada gobierno, de acuerdo con su filosofía y los medios de que dispone, le otorga al sector (Ministerio de Protección Social, 2010).

Adoptando este enfoque de los objetivos que se busca alcanzar, es preciso realizar la enumeración de los principales aspectos que, dentro de la práctica mundial, se pueden identificar como elementos generales del sector de la salud desde el punto de vista propuesto, es decir, de los objetivos (Ministerio de Protección Social, 2010).

En este escenario, los objetivos esenciales que persigue un sector de salud son, en principio, los siguientes:

**Equidad:** Por equidad se entiende la igualdad que debe tener el conjunto de la población en el acceso a los servicios de salud, sin diferenciar sus niveles de renta. A nivel económico se resume en la afirmación según la cual la equidad consiste en dotar a la sociedad de las posibilidades reales y efectivas de que cada uno de los pobladores tenga la capacidad de ser un demandante de servicios de salud. De la misma manera la equidad hace alusión a que los servicios recibidos por la población (Ministerio de Protección Social, 2010).

**Eficacia macroeconómica:** La eficacia macroeconómica se refiere a la definición por parte del gobierno del nivel de gasto adecuado que quiere tener en salud, definido como un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB). Esta definición corresponde tanto a sus objetivos, como a sus políticas y posibilidades y debe comprender el conjunto de gastos que se realizan en la formación económica correspondiente en el sector (Ministerio de Protección Social, 2010).

**Eficacia microeconómica:** En primer lugar, hace relación con la maximización de los recursos disponibles en términos de lograr la mejor atención de la salud y con una cobertura universal; en segundo término abarca la necesidad de lograr la minimización de los costos en la prestación de los servicios de salud (eficiencia

técnica); esta minimización de costos debe incluir, en una visión general, los que se originan a partir de los tiempos de espera de los pacientes (Ministerio de Protección Social, 2010).

Libertad de elección para los consumidores: Finalmente un objetivo importante es el relacionado con la posibilidad de los consumidores de elegir libremente los servicios médicos a los cuales quieren tener acceso, en términos de los proveedores de los mismos, bien sea a partir de la elección de los médicos (generales y especialistas) o de las instituciones mismas (en sus diferentes niveles) (Ministerio de Protección Social, 2010).

Teniendo en cuenta los principios fundamentales que rigen el Sistema de Salud en Colombia en la actualidad, la calidad de la prestación de los servicios de salud por parte de las EPS, IPS y Entidades del Régimen Subsidiado, pero con especial atención en aquellas donde es menor la injerencia de los recursos del estado, dicho concepto y práctica de la calidad se limita ante los objetivos empresariales y capitalistas de las instituciones de salud, es decir, tener que optimizar los recursos para que se pueda obtener ganancias termina restando valor e importancia a la atención de calidad, siendo entonces los principios económicos contradictorios a los conceptos de calidad.

#### 4.2.4 Programas de Hipertensión

Guía Basada en la Evidencia para la Gestión de la Hipertensión Arterial en Adultos  
informe de los miembros del panel nombrado miembro del Comité Nacional  
Conjunto Octava (JNC 8)

Considerando que la hipertensión no es más que aquellas cifras de presión arterial que llevan a complicaciones cardiovasculares en un individuo, de acuerdo con su perfil de riesgo (factores de riesgo cardiovascular, compromiso de órgano blanco, y posiblemente presencia de marcadores tempranos de enfermedad).

El esquema de clasificación en estadios utilizado, debe tener en cuenta el riesgo cardiovascular de cada individuo.

La evaluación inicial del paciente hipertenso debe incluir una historia clínica completa (interrogatorio y examen físico) antes de ordenar exámenes adicionales o definir un tratamiento. La evaluación inicial del paciente hipertenso debe confirmar el diagnóstico (si aún no se ha hecho), así como establecer la severidad de la misma y el compromiso de órgano blanco.

En la evaluación inicial se debe establecer el perfil de riesgo del paciente y además deben buscarse los indicios que sugieran la presencia de hipertensión secundaria. Los datos que se obtengan permitirán determinar el mejor tratamiento inicial del paciente hipertenso. Es fundamental la interacción con el paciente que garantice que éste comprenda la naturaleza crónica de la hipertensión arterial y la importancia del adecuado control de la misma, con el objetivo de lograr una adecuada adherencia al tratamiento.

En concordancia con lo anterior y teniendo en cuenta que la hipertensión es uno de los problemas de salud más comunes en el mundo, principalmente en la población adulta y que Colombia tiene importantes índices de prevalencia de este problema en la salud, las autoridades principales de salud del país recomiendan que todas las entidades de salud tengan un programa de hipertensión dentro de su esquema de funcionamiento, con los objetivos de prevención, mitigación y estudio.

Los programas de hipertensión en Colombia se desarrollan siguiendo los lineamientos consignados en la "Guía Basada en la Evidencia para la Gestión de la Hipertensión Arterial en Adultos" informe de los miembros del panel nombrado

miembro del Comité Nacional Conjunto Octava (JNC 8)". Entre los aspectos más importantes que este documento contempla se encuentran un estudio fundamentado de la problemática de la hipertensión la cual se explica de la siguiente (James, Oparil, Barry L. Carter, Cushman, & Cheryl, 2014).

La hipertensión es la condición más común que se observa en la atención primaria y conduce a un infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente. Los pacientes quieren estar seguros de que el tratamiento de la presión arterial (PA) reducirá la carga de su enfermedad, mientras que los médicos quieren orientación sobre la gestión de la hipertensión utilizando la mejor evidencia científica. Este informe tiene un enfoque riguroso y basado en la evidencia para recomendar umbrales de tratamiento, las metas y los medicamentos en el tratamiento de la hipertensión en adultos. La evidencia se obtuvo de los ensayos controlados aleatorios, que representan el estándar de oro para determinar la eficacia y la efectividad. Calidad y recomendaciones pruebas se clasificaron en función de su efecto sobre los resultados importantes (James, Oparil, Barry L. Carter, Cushman, & Cheryl, 2014).

Hay una fuerte evidencia para apoyar el tratamiento de personas hipertensas de 60 años o más para una meta de presión arterial de menos de 150/90 mm Hg y 30 hipertensos personas hasta los 59 años de edad a un gol diastólica de menos de 90 mm Hg; Sin embargo, no hay pruebas suficientes en personas hipertensas menores de 60 años para un objetivo sistólica, o en los menores de 30 años para un objetivo diastólica, por lo que el grupo de expertos recomienda una presión arterial de menos de 140/90 mm Hg para aquellos grupos en función de experto opinión.

Se recomiendan los mismos umbrales y metas para los adultos hipertensos con diabetes o enfermedad renal crónica no diabética (ERC) como para la población hipertensa en general menores de 60 años. Hay pruebas moderadas para apoyar el inicio del tratamiento farmacológico con un inhibidor de la enzima convertidora

de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina, bloqueadores canales de calcio, o diurético tipo tiazida en la población hipertensa que no sea negra, incluyendo aquellos con diabetes. En la población hipertensa de negro, incluyendo aquellos con diabetes, un bloqueador del canal de calcio o diurético tipo tiazida se recomienda como tratamiento inicial. Hay pruebas moderadas para apoyar inicial o añadido en el tratamiento antihipertensivo con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina o bloqueadores del receptor de angiotensina en personas con ERC para mejorar los resultados en los riñones (James, Oparil, Barry L. Carter, Cushman, & Cheryl, 2014).

Otro de los elementos principales de la guía está referida con las recomendaciones desarrolladas para la atención de la problemática. Basados en la evidencia para el manejo de la HTA y debe responder a las necesidades clínicas de la mayoría de los pacientes, estas recomendaciones no son un sustituto para el juicio clínico, y las decisiones sobre los cuidados deben considerar cuidadosamente e incorporar las características clínicas y circunstancias de cada paciente individual.

La hipertensión arterial es uno de los contribuyentes prevenibles más importantes a la enfermedad y la muerte. Hay abundantes pruebas de los ensayos controlados aleatorios (ECA) ha demostrado beneficio del tratamiento antihipertensivo en la reducción de los resultados importantes de salud en personas con hipertensión. 1 - 3 Las guías clínicas se encuentran en la intersección entre la evidencia de la investigación y las acciones clínicas que pueden mejorar los resultados del paciente. El Instituto de Medicina informe Guías de Práctica Clínica podemos confiar esbozó una vía a la directriz de desarrollo y es el enfoque que este panel aspiraba a la creación de este informe (James, Oparil, Barry L. Carter, Cushman, & Cheryl, 2014).

Los miembros de los grupos designados para el Comité Nacional Conjunto Octava (JNC 8) utilizan métodos basados en pruebas rigurosas, desarrollando prueba

declaraciones y recomendaciones para la presión arterial (PA) de tratamiento basado en una revisión sistemática de la literatura para satisfacer las necesidades de los usuarios, en especial a las necesidades del médico de atención primaria. Este informe es un resumen de la evidencia y está diseñado para proporcionar recomendaciones claras para todos los clínicos (James, Oparil, Barry L. Carter, Cushman, & Cheryl, 2014).

Los miembros de los grupos designados para JNC 8 fueron seleccionados entre más de 400 nominados en base a la experiencia en la hipertensión (n = 14), la atención primaria (n = 6), incluyendo geriatría (n = 2), cardiología (n = 2), nefrología (n = 3), enfermería (n = 1), la farmacología (n = 2), los ensayos clínicos (n = 6), la medicina basada en la evidencia (n = 3), epidemiología (n = 1), informática (n = 4) y el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica en los sistemas de atención (n = 4) (James, Oparil, Barry L. Carter, Cushman, & Cheryl, 2014).

Finalmente debe decirse que el fin último del manejo programado de la hipertensión en las entidades de salud lleva como objetivo la disminución de la mortalidad por esta causa. Al respecto la revisión de la evidencia se centró en los adultos de 18 años o mayores con hipertensión e incluidos los estudios con los siguientes subgrupos pre-especificados: diabetes, enfermedad arterial coronaria, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca, ictus previo, enfermedad renal crónica (ERC), proteinuria, adultos mayores, hombres y mujeres, grupos raciales y étnicos, y los fumadores.

De igual forma estudios con tamaños de muestra más pequeño que 100 fueron excluidos, al igual que los estudios con un período de seguimiento de menos de 1 año, ya que los pequeños estudios de corta duración es poco probable que dar suficiente información relacionada con la salud para permitir la interpretación de los efectos del tratamiento. Los estudios se incluyeron en la revisión de la evidencia sólo si denunciaban los efectos de las intervenciones estudiadas en

cualquiera de estos resultados importantes de salud (James, Oparil, Barry L. Carter, Cushman, & Cheryl, 2014):

- La mortalidad global, las enfermedades cardiovasculares (ECV) - relacionados mortalidad, la mortalidad relacionada con la ERC
- El infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, hospitalización por insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular
- La revascularización coronaria (incluye cirugía de revascularización coronaria, angioplastia coronaria y colocación de stent coronario), otra de revascularización (incluye carotídea, renal y revascularización de la extremidad inferior)
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (es decir, la insuficiencia renal que resulta en diálisis o trasplante), duplicación de la creatinina, reducción a la mitad de la tasa de filtración glomerular (TFG).

El panel limitó su revisión de la evidencia de ECA porque están menos sujetos al sesgo que otros diseños de estudio y representan el estándar de oro para determinar la eficacia y la efectividad. 6 Los estudios en la revisión de la evidencia fueron de publicaciones originales de ECA elegibles. Estos estudios se utilizaron para crear tablas de evidencia y tablas resumen que fueron utilizados por el panel para sus deliberaciones (véase el Suplemento). Dado que el panel llevó a cabo su propia revisión sistemática mediante estudios originales, revisiones sistemáticas y meta-análisis de los ECA realizados y publicados por otros grupos no fueron incluidas en la revisión formal de las pruebas (James, Oparil, Barry L. Carter, Cushman, & Cheryl, 2014).



#### 4.2.5 Recomendaciones para el Manejo de la Hipertensión

##### Recomendación 1

En la población general de  $\geq 60$  años, iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial (PA) en la presión arterial sistólica (PAS)  $\geq 150$  mm Hg o presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mm Hg y tratar a un gol PAS  $< 150$  mm Hg y la meta PAD  $< 90$  mm Hg. (Recomendación fuerte - Grado A) (British, 2005)

##### Recomendación Corolario

En la población general de  $\geq 60$  años, si el tratamiento farmacológico para los altos resultados de BP en menor logrado PAS (por ejemplo,  $< 140$  mm Hg) y el tratamiento es bien tolerado y sin efectos adversos para la salud o la calidad de vida, el tratamiento no tiene que ser ajustado. (La Opinión del Experto - Grado E). (British, 2005)

##### Recomendación 2

En la población general  $< 60$  años, iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la PA en la PAD  $\geq 90$  mm Hg y tratar a un gol PAD  $< 90$  mm Hg. (Para niños de 30 a 59 años, recomendación fuerte - Grado A; Para mayores de 18 a 29 años, La Opinión del Experto - Grado E) (British, 2005)

##### Recomendación 3

En la población general  $< 60$  años, iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la PA en la PAS  $\geq 140$  mmHg y tratar a un gol PAS  $< 140$  mm Hg. (La Opinión del Experto - Grado E). (British, 2005)

#### Recomendación 4

En la población de  $\geq 18$  años con enfermedad renal crónica (ERC), iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la PA en la PAS  $\geq 140$  mmHg o PAD  $\geq 90$  mm Hg y tratar a la meta PAS  $< 140$  mm Hg y la meta PAD  $< 90$  mm Hg. (La Opinión del Experto - Grado E). (British,2005)

#### Recomendación 5

En la población de  $\geq 18$  años con diabetes, iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la PA en la PAS  $\geq 140$  mmHg o PAD  $\geq 90$  mm Hg y tratar a un gol PAS  $< 140$  mm Hg y la meta PAD  $< 90$  mm Hg. (La Opinión del Experto - Grado E). CHEP 2005.

#### Recomendación 6

En la población no negra en general, incluidas las personas con diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tiazida, bloqueador de los canales de calcio (CCB), bloqueador del receptor inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), o de la angiotensina (ARB). (Recomendación Moderado - Grado B). CHEP 2005

#### Recomendación 7

En la población negro en general, incluidas las personas con diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tiazida o CCB. (Para la población en general negro: Moderada Recomendación - Grado B; para los pacientes negros con diabetes: Recomendación débil - Grado C). CHEP 2005

### Recomendación 8

En la población de  $\geq 18$  años con ERC, inicial (o complemento) el tratamiento antihipertensivo debe incluir un IECA o BRA para mejorar los resultados en los riñones. Esto se aplica a todos los pacientes con ERC con la hipertensión, independientemente de la raza o el estado de la diabetes. (Recomendación Moderado - Grado B).

### Recomendación 9

El objetivo principal del tratamiento de la hipertensión es alcanzar y mantener los objetivos de PA. Si la PA objetivo no se alcanza en un mes de tratamiento, aumentar la dosis del fármaco inicial o añadir un segundo fármaco de una de las clases en la recomendación 6 (diurético tipo tiazida, CCB, IECA o ARA II). El clínico debe continuar evaluando BP y ajustar el régimen de tratamiento hasta alcanzar los objetivos de PA. Si la meta de la PA no se puede llegar con 2 fármacos, añadir y titular un tercer fármaco de la lista proporcionada. CHEP 2005

No utilice un IECA y un ARA juntos en el mismo paciente. Si la meta de la PA no se puede llegar utilizando sólo los medicamentos en la recomendación 6 debido a una contraindicación o la necesidad de utilizar más de 3 medicamentos para alcanzar los objetivos de PA, fármacos antihipertensivos de otras clases pueden ser utilizados. La remisión a un especialista en hipertensión puede estar indicada para pacientes en los que la PA objetivo no puede alcanzarse mediante la estrategia anterior o para el manejo de pacientes complicados que requieran su consulta clínica adicional. (La Opinión del Experto - Grado E). CHEP 2005.

## Recomendación 1

En la población general mayor de 60 años o más, iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la PA en la presión arterial sistólica (PAS) de 150 mm Hg o más o la presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm Hg o más y tratar a una PAS inferior a la meta 150 mm Hg y PAD objetivo inferior a 90 mm Hg. (Nápoles y otros, 2004)

Fuerte Recomendación - Grado A

## Recomendación Corolario

En la población general mayor de 60 años o más, si el tratamiento farmacológico para los altos resultados de BP en menor logrado PAS (por ejemplo, <140 mm Hg) y el tratamiento no está asociado con efectos adversos sobre la salud o la calidad de vida, el tratamiento no es necesario ajustar. (Nápoles y otros, 2004)

## La Opinión del Experto - Grado E

Recomendación 1 se basa en prueba declaraciones del 1 al 3 de la pregunta 2 en el que hay moderada a pruebas de alta calidad de los ECA que en la población general mayor de 60 años o más, el tratamiento de la HTA a un objetivo de menor que 150/90 mm Hg reduce accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, y la enfermedad cardíaca coronaria (CHD). También hay evidencia (aunque de baja calidad) de la declaración pruebas 6, pregunta 2 que la fijación de un objetivo de PAS inferior a 140 mm Hg en este grupo de edad no proporciona ningún beneficio adicional en comparación con una PAS meta más alta de 140 a 160 mm Hg o 140 a 149 mm. Hg. (Nápoles y otros, 2004)

Para responder a la pregunta 2 sobre los objetivos de PA, el panel revisó todos los ECA que cumplieron con los criterios de elegibilidad y que, o bien comparó el tratamiento con un objetivo concreto versus ningún tratamiento o placebo o el tratamiento en comparación con un objetivo de BP con el tratamiento a otro objetivo de PA. Las pruebas en que se basan estas declaraciones en la evidencia y esta recomendación incluyen HYVET, Syst-Eur, SHEP, JATOS, VALISH y CARDIO-SIS. Fortalezas, limitaciones, y otras consideraciones relacionadas con esta revisión de la evidencia son presentados en las narraciones de los estados en la evidencia y apoyar claramente el beneficio de tratar a un BP inferior a 150 mm Hg. (Nápoles y otros, 2004)

El corolario de la recomendación 1 refleja que hay muchos pacientes hipertensos tratados mayores de 60 años o más en los que la PAS es actualmente inferior a 140 mm Hg, basada en la aplicación de recomendaciones de las guías anteriores.

La opinión del Panel es que en estos pacientes, no es necesario ajustar la medicación para permitir BP aumente. En 2 de los ensayos que proporcionan evidencia que apoya un objetivo PAS inferior a 150 mm Hg, la media tratada PAS se 143-144 mm. Hg Muchos de los participantes en estos estudios lograron una PAS inferior a 140 mm Hg con el tratamiento que fue en general bien tolerado. Otros dos ensayos sugieren que no hubo beneficio para un objetivo PAS inferior a 140 mm Hg, pero los intervalos de confianza alrededor de los tamaños del efecto fueron amplios y no excluyen la posibilidad de un beneficio clínicamente importante. Por lo tanto, el panel incluye una recomendación corolario basa en la opinión de expertos que el tratamiento para la hipertensión no tiene que ser ajustada si los resultados del tratamiento en la PAS inferior a 140 mm Hg y no se asocia con efectos adversos sobre la salud o la calidad de vida. (Nápoles y otros, 2004)

Mientras que todos los miembros del panel acordaron que la evidencia que apoya la recomendación 1 es muy fuerte, el panel no pudo llegar a la unanimidad sobre la recomendación de un PAS objetivo de inferior a 150 mm Hg. Algunos miembros recomendaron continuar la meta PAS JNC 7 de inferior a 140 mm Hg para las personas mayores de 60 años basada en la opinión de expertos. Estos miembros concluyeron que la evidencia era insuficiente para elevar el objetivo de PAS inferior a 140 y menor que 150 mm Hg en grupos de alto riesgo, como las personas negras, las personas con enfermedades cardiovasculares incluyendo accidente cerebrovascular, y aquellos con múltiples factores de riesgo. El panel estuvo de acuerdo en que se necesita más investigación para identificar los objetivos óptimos de PAS para los pacientes con presión arterial alta. (Nápoles y otros, 2004)

#### Recomendación 2

En la población en general menores de 60 años, iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la PA en la PAD de 90 mm Hg o más y tratar a un gol de la PAD inferior a 90 mm Hg. (Coca, 2009)

- Para las edades de 30 a 59 años y la Recomendación fuerte - Grado A
- Para las edades de 18 a través de 29 años, La Opinión del Experto - Grado E.

#### Recomendación 2

Se basa en pruebas de alta calidad a partir de las 5 pruebas de DBP (HDFP, Hipertensión-Stroke Cooperativas, MRC, ANBP, y VA Cooperativas) que demuestran mejoras en los resultados de salud entre los adultos de 30 a 69 años con PA elevada. Iniciación del tratamiento antihipertensivo en un umbral DBP de 90 mm Hg o mayor y el tratamiento a un gol de la PAD inferior a 90 mm Hg reduce

los eventos cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y mortalidad global (pregunta 1, prueba declaraciones 10, 11, 13; la pregunta 2, declaración evidencia 10).

También en apoyo de un objetivo de PAD inferior a 90 mm Hg, el panel encontró evidencia de que no hay ningún beneficio en el tratamiento de los pacientes a un gol de cualquiera de 80 mm Hg o menos o 85 mm Hg o más baja en comparación con 90 mm Hg o menos basado en el ensayo HOT, en el que los pacientes fueron asignados al azar a estos 3 objetivos sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en los resultados primarios o secundarios (pregunta 2, la declaración de la evidencia 14). (Coca, 2009)

En los adultos menores de 30 años, no hay ECA de buena calidad o justo que evaluaron los beneficios del tratamiento de PAD elevada en los resultados de salud (pregunta 1, declaración evidencia 14). En ausencia de tales pruebas, es la opinión del Grupo de que en los adultos menores de 30 años, el umbral de la PAD y el objetivo debe ser el mismo que en los adultos de 30 a 59 años de edad. (Coca, 2009)

### Recomendación 3

En la población en general menores de 60 años, iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la PA en la PAS de 140 mm Hg o más y tratar a un objetivo de PAS inferior a 140 mm Hg. (Coca, 2009)

### La Opinión del Experto - Grado E

Recomendación 3 se basa en la opinión de expertos. Aunque hay pruebas de alta calidad para apoyar un umbral específico PAS y la meta para las personas mayores de 60 años o más (Véase la recomendación 1), el panel encontró pruebas suficientes de calidad justa de buena o de ECA que apoyen un umbral

PAS específico o meta para personas menores de 60 años. En ausencia de tales pruebas, el panel recomienda un umbral de tratamiento PAS de 140 mm Hg o mayor y un objetivo del tratamiento de la PAS inferior a 140 mm Hg en función de varios factores. (Coca, 2009)

En primer lugar, en ausencia de cualquier ECA que compararon el actual estándar PAS de 140 mm Hg con otro estándar más alto o más bajo en este grupo de edad, no había ninguna razón de peso para cambiar las recomendaciones actuales. En segundo lugar, en los ensayos de DBP que demostraron el beneficio de tratar la PAD a una menor de 90 mm Hg, muchos de los participantes del estudio que lograron DBP de menor de 90 mm Hg también eran propensos a haber logrado SBPs de menor a 140 mm Hg con el tratamiento. No es posible determinar si los beneficios de resultado en estos ensayos fueron debido a la reducción de la PAD, PAS, o ambos. En tercer lugar, dado el objetivo de PAS inferior a 140 mm Hg recomendada en adultos con diabetes o enfermedad renal crónica (recomendaciones 4 y 5), una meta PAS similar para la población en general menores de 60 años puede facilitar la implantación de la Guía. (Coca, 2009)

#### Recomendación 4

En la población de 18 años o más con ERC, iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la PA en la PAS de 140 mm Hg o más o PAD de 90 mm Hg o más y tratar a la meta de la PAS inferior a 140 mmHg y la PAD objetivo inferior a 90 mm Hg. (Coca, 2009).

#### La Opinión del Experto - Grado E

Sobre la base de los criterios de inclusión utilizados en los ECA revisados por el panel, esta recomendación se aplica a las personas menores de 70 años con un



IFG estimado o TFG medida inferior a 60 ml / min / 1,73 m<sup>2</sup> y en personas de cualquier edad con albuminuria definida como mayor que 30 mg de albúmina / g de creatinina en cualquier nivel de la TFG. (Coca, 2009)

Recomendación 4 se basa en prueba declaraciones 15-17 de la pregunta 2. En los adultos menores de 70 años con enfermedad renal crónica, la evidencia es insuficiente para determinar si hay un beneficio en la mortalidad, o los resultados de salud cardiovasculares o cerebrovasculares con tratamiento farmacológico antihipertensivo a un menor PA objetivo (por ejemplo, <130/80 mm Hg) en comparación con la meta de menor a 140/90 mm Hg (pregunta 2, la declaración de la evidencia 15). Hay pruebas de calidad moderada demostrar ningún beneficio para frenar la progresión de la enfermedad renal del tratamiento con el tratamiento farmacológico antihipertensivo a una meta más baja BP (por ejemplo, <130/80 mm Hg) en comparación con un objetivo de menor a 140/90 mm Hg (pregunta 2, la declaración de la evidencia 16). (Coca, 2009)

Tres ensayos que cumplieron con los criterios para la revisión abordan el efecto del tratamiento antihipertensivo sobre el cambio de la TFG o el tiempo para el desarrollo de enfermedad renal terminal, pero sólo un ensayo abordan los puntos finales de la enfermedad cardiovascular. Objetivos de presión arterial difirieron entre los ensayos, con 2 ensayos (AASK y MDRD) utilizando la presión arterial media y objetivos diferentes según la edad, y 1 ensayo (REIN-2) utilizando únicamente metas DBP. Ninguno de los ensayos mostró que el tratamiento con una meta de presión arterial más baja (por ejemplo, <130/80 mm Hg) redujo significativamente los puntos finales de la enfermedad cardiovascular o renal en comparación con la meta de menor a 140/90 mm Hg. (Coca, 2009)

Para los pacientes con proteinuria (> 3 g / 24 horas), el análisis post hoc de sólo 1 estudio (MDRD) indicó beneficio del tratamiento a una meta más baja de la PA (<130/80 mm Hg), y está relacionada con los resultados de riñón solamente. Aunque los análisis post hoc de observación de los datos de este estudio y otros

sugirieron beneficio de la meta más baja en los niveles más bajos de proteinuria, este resultado no se observó en los análisis primarios o en AASK o REIN-2 (pregunta 2, la declaración de la evidencia 17) (Zorrillas, eat)

Con base en la evidencia disponible que el panel no se puede hacer una recomendación para un objetivo de PA para personas de 70 años o mayores con FG inferior a 60 ml / min / 1,73 m<sup>2</sup>. Las ecuaciones de estimación utilizados para la TFG no se desarrollaron en poblaciones con un número significativo de personas mayores de 70 años y que no han sido validados en los adultos mayores. No hay resultados de estudios revisados por el panel incluyen un gran número de adultos mayores de 70 años con ERC. Además, los criterios de diagnóstico de ERC no consideran declive relacionado con la edad en la función renal como se refleja en la TFG estimada. Por lo tanto, la hora de sopesar los riesgos y beneficios de una meta más baja BP para las personas de 70 años o más con estimó el FG inferior a 60 ml / min / 1,73 m<sup>2</sup> , el tratamiento antihipertensivo debe ser individualizada, teniendo en cuenta factores tales como fragilidad, comorbilidades, y albuminuria. (Zorrillas, eat)

### 4.3 MARCO LEGAL

#### 4.3.1 Sistema General de salud

La ley 100 de 1993 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral establece dentro del Plan Obligatorio de Salud POS, las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad; las cuales fueron inicialmente reglamentadas en la resolución 3997 del 30 de octubre de 1996, esta determino las acciones que son de obligatorio cumplimiento para las EPS empresas

promotoras de salud y las ARS administradoras del régimen subsidiado. Las cuales debían utilizar estrategias para la atención individual, familiar o grupal, así mismo en ella se definió la promoción de la salud como: “la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el fin de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades” (Ministerio de Salud, 1996) y la prevención de la enfermedad como “el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables de la salud” (Presidencia de la República de Colombia, 1994).

En diciembre de 2000 el Ministerio de Salud promulga la Resolución 412 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública (Ministerio de Salud , 2000).

Por otro lado entre las normas que se contemplan en el contexto de esta investigación deben considerarse los relacionados con el Sistema General de Salud en Colombia, ese sentido el Decreto 2150 de 1995, estableció en su artículo 119. Competencias. El artículo 170 de la Ley 100 de 1993, quedará así: "ARTICULO 170. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación y regulación del Presidente de la República y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno frente a la salud pública, en la lucha contra las enfermedades endémicas y epidémicas y el mantenimiento, educación, información y fomento de la salud, de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los

artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993." "El Presidente de la República podrá delegar las funciones de inspección y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y en los jefes de las entidades territoriales." (Ministerio de Justicia y del Derecho, 1995).

#### 4.3.2 La Calidad en los servicios de la salud

Decreto N° 3039/07. Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Decreto N° 1011/06 Ministerio de la Protección Social Establece el Sistema Obligatorio de

Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Decreto N° 205/03, determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones.

Resolución N° 2181/08 Ministerio de Protección Social. Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.

Resolución N° 1446/06 Ministerio de Protección Social. Reglamenta el Decreto 1011 de 2006 Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la

referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Resolución N° 1445/06 Ministerio de Protección Social. Implanta los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

#### 4.4 GLOSARIA DE TÉRMINOS

Presión Arterial: es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

Hipertensión Arterial: es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias.

Diabetes: Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.

Cardiovascular: refiere al corazón (cardio) y a los vasos sanguíneos (vascular)

Cerebrovascular: Relativo a los vasos sanguíneos del cerebro

Cardiopatía coronaria: condición en la que las arterias coronarias se estrechan debido a la acumulación de placa (aterosclerosis) y causan una disminución del flujo sanguíneo.

Hiperpotasemia: es un trastorno hidroelectrolítico que se define como un nivel elevado de potasio plasmático, por encima de 5.5 mmol/L. Sus causas pueden ser debido a un aumento del aporte, redistribución o disminución de la excreción renal.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema de Salud.

Acción correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

Acción preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

Acreditación: Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud.

Atención de salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría interna: Proceso sistemático, independiente y documentado, realizado por la propia Institución de salud, para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la

Calidad con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Calidad de la atención de salud: Es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un

nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados Planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Enfoque basado en procesos: Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado.

Estándar: Es la definición clara de un modelo, criterio o requisito mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Gestión: Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.

#### 4.5 MARCO HISTÓRICO

Con la finalidad de conocer la evolución durante diferentes momentos de la temática principal que abarca este estudio, de una manera sintética en este apartado se muestra un bosquejo o marco histórico del desarrollo del concepto de calidad.

Lo primero es decir que todo el desarrollo teórico y práctico que se conoce en la actualidad sobre el término calidad, sus mediciones, su construcción metodológica

y su estructuración legal en normativas, obedeció desde el principio a la necesidad del hombre por hacer las cosas bajo parámetros técnicos que lo acercaran a la perfección o por lo menos a una expresión máxima de ella. La necesidad humana por la calidad existió desde el inicio de las labores humanas, las cuales datan desde su propia creación, en tal sentido lo que hoy se conoce como procesos de gestión de la calidad han experimentado evoluciones.

Las primeras estrategias de gestión para la calidad aparecieron de manera técnica a partir del siglo XX cuando en el mundo empresarial de las empresas sobre todas aquellas de actividades industriales y manufactureras, realizaron los primeros procesos de:

Inspección del producto de los consumidores. Este factor permanece en la actualidad dentro de los sistemas de gestión de la calidad

La percepción de artesanía por el cual los consumidores confiaban en la reputación y la habilidad de los artesanos para la construcción de armas, vasijas y demás implementos, bajo la perspectiva de tesoro nacional.

Como fueron desarrollándose las habilidades humanas, como se fue perfeccionando la división del trabajo en el mundo y como fueron apareciendo procesos productivos de la mano de los avances tecnológicos así fue involucrando en la gestión empresarial ideas y políticas de calidad. A partir del enfoque norteamericano inspirado de igual forma en las prácticas que regían los países europeos luego de su gran experiencia de revolución empresarial y productiva de la revolución industrial se logra establecer una cadena de aprendices en distintos oficios bajo parámetros preestablecidos que podían ser seguidos por medio de indicadores y por tanto evaluados, se pasa entonces de la concepción artesanal de la calidad hacia un concepto técnico y más gerencial (Rodríguez, 2003).

Durante la revolución industrial en Europa se desarrolló un sistema de factores que velozmente superó los talleres independientes, la actividad artesanal llevando



a que los artesanos se convirtieran en empleado de las factorías y los maestros en capataces, de esta manera la revolución industrial generó la aparición de nuevas técnicas.

- Especificaciones escritas para los materiales, procesos, artículos terminados y ensayos
- Mediciones y los correspondientes instrumentos de medida y laboratorios de ensayo.
- Formas de normalización

De la manera como se fue desarrollando la industria también fueron apareciendo desarrollos teóricos que buscaban la sistematización de los procesos productivos uno de los principales exponentes al respecto fueron Taylor y Fayol, a finales del siglo XIX en los EEUU se rompieron de manera abrupta las tradiciones adquiridas de Europa sobre todo luego de su conquista al país americano, mediante la adopción en las empresas del sistema Taylor de gestión científica (Rodríguez, 2003).

El enfoque central de dicho sistema fue separar la planeación y la ejecución para lograr crecimientos en la producción, por lo que fue necesario en busca de equilibrios entre lo que se producía y lo que se comercializaba la creación de un departamento central de inspección, encabezado por su inspector jefe, este departamento es lo más parecido a lo que hoy conoce como departamento de gestión de calidad en las empresas modernas.

Hasta ahora y por el contexto del desarrollo empresarial vivido en la historia los puntos de origen del concepto de calidad se observa desde la industria y la fábrica, sin embargo con la terciarización de la economía y la aparición de los servicios como un sector fundamental en el desarrollo económico de los países, la atención a los usuarios recobra importancia y el concepto de calidad entonces se

orienta más hacia la perfección en la fabricación de un producto sino hacia la satisfacción de los usuarios (Ciavenato, 2008).

En la actualidad, hay un concepto de servicio como una estrategia empresarial orientada hacia la anticipación de las necesidades y expectativas del valor agregado de los clientes, buscando asegurar la lealtad y permanencia tanto de los clientes actuales como la atracción de nuevos clientes, mediante la provisión de un servicio superior al de los competidores.

Las razones por la cual actualmente el concepto de calidad se orienta más hacia la atención de los usuarios están referidas a una nueva visión orientada hacia el sujeto que genera el bienestar a las empresas y el sujeto a quien la empresa le genera el bienestar con el servicio prestado.

A partir de esta concepción se hace énfasis en la relación a largo plazo del servicio integral, orientado a la satisfacción humana como primera motivación al consumo de bienes y servicios. Toda esta nueva situación se da porque el cliente en este entorno tiene y valora nuevos elementos del servicio tales como el tiempo, oportunidad soluciones individualización y amabilidad.

## 4.6 MARCO INSTITUCIONAL

### 4.6.1 Constitución y normativa

El 15 de Enero de 2007, El Consejo Nacional de política económica y social, mediante documento CONPES 3456, determino la liquidación del ISS y aceptó la participación de las Cajas de Compensación Familiar que tenían Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y habían implementado modelos

de atención en salud novedosos. Para garantizar la prestación del servicio público esencial de salud mediante el aseguramiento con participación del estado.

El documento CONPES 3456 de 2007 - Consejo Nacional de Política Económica y Social recomienda y hace énfasis en aspectos del funcionamiento de la EPS ISS que rigen institucionalmente a la Nueva EPS. Este documento recomienda y hace énfasis en:

“De presentarse la revocatoria de funcionamiento de la EPS ISS, el Estado perdería su presencia en el aseguramiento del régimen contributivo.”

“El Estado considera fundamental garantizar su presencia en el aseguramiento en salud para asegurar la calidad y la cobertura en todo el territorio nacional.”

“El gobierno considera necesario participar en el sector del aseguramiento del régimen contributivo, a través de una entidad que sea competitiva y que busque regular positivamente el sector de la salud.”

Por otra lado dentro del marco institucional es importante tener en cuenta la forma como nace la Nueva EPS a partir de la autorización dada por la Supersalud, el anuncio lo hizo el propio Presidente de la República, Álvaro Uribe Vélez en Bogotá, abril 4 de 2008. La Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la resolución 371 de abril del año en curso, autorizó la constitución y entrada en funcionamiento de la Nueva EPS.

- Inicio Usuarios de Alto Costo (Cartagena y Cúcuta) – 1 de Junio de 2008
- Inicio de la Población total de Nueva EPS – 1 de Agosto

#### 4.6.2 Aspectos organizacionales de la Institución

##### Misión

Trabajar constantemente por mejorar y mantener la salud de nuestros afiliados que nos han confiado su bienestar y calidad de vida, basados en modelos integrales de atención del riesgo, colaboradores comprometidos y procesos que aseguren la sostenibilidad en el largo plazo, generando valor a nuestros grupos de interés.

##### Visión

Ser reconocidos como la EPS líder en la aplicación de modelos exitosos de gestión y calidad en el servicio, contribuyendo con el bienestar de nuestros afiliados.

##### Valores

Se encuentran en la calificación del riesgo de la población afiliada y en sus ciclos vitales, a través del desarrollo y aplicación de Programas de Promoción y Prevención que impacten al grupo familiar en el corto y mediano plazo.

Son un aliado del bienestar y la salud de nuestros afiliados; ofrecemos un servicio con sentido humano, basado en la oportunidad y la eficiencia, con un compromiso en materia de prevención, aseguramiento y cuidado de la salud de su grupo familiar.

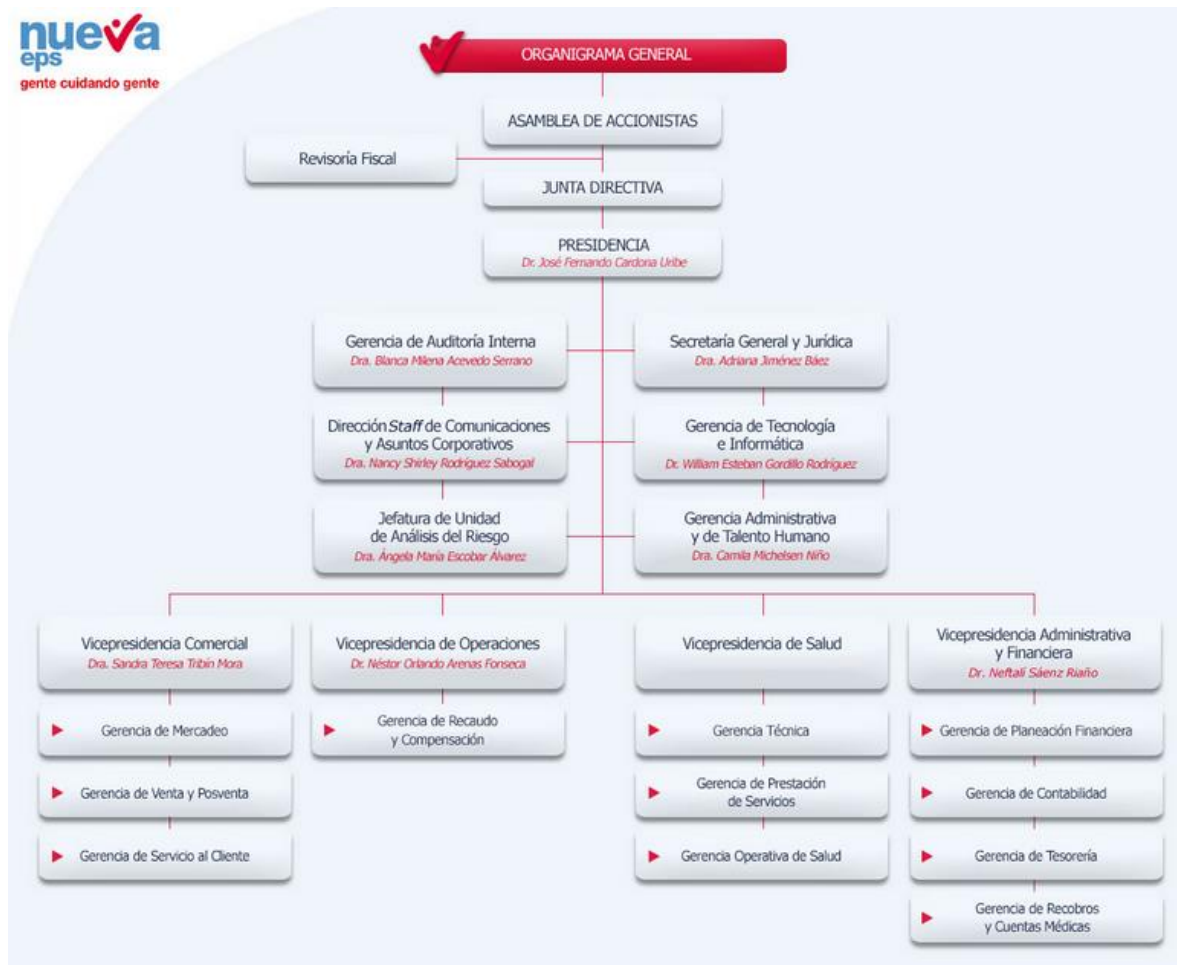
- Respeto.
- Responsabilidad

- Honestidad.
- Solidaridad.

#### Portafolio de servicios

No ORDEN	SERVICIOS
1	Consulta externa
2	Medicina general
3	Ginecológica
4	Pediátrica
5	PIP
6	Fisioterapia
7	Prioritaria
8	Laboratorio clínico
9	Dispensario de medicamentos

## Estructura organizacional



## 5 METODOLOGÍA

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Con la intención de obtener un análisis completo y objetivo sobre como es y cómo debe manifestarse la implantación de un modelo de evaluación de calidad de los servicios prestados por el programa de hipertensos en la Nueva E.P.S Cartagena sede la plazuela., además de detallar eficientemente a partir de la medición de variables e indicadores relacionados con dicha problemática y explicar las causas diversas de los factores, conceptos y aplicaciones encontradas, este estudio se enmarca bajo la tipología de descriptivo – exploratorio (Vasquez, 2005). Hay que hacer notar basado en lo anterior, que la presente investigación pretende obtener los resultados propuestos en los objetivos a partir del análisis de corte cuantitativo y analítico aplicable a los resultados que se obtengan mediante la aplicación de las herramientas a utilizar.

### 5.2 PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente apartado muestra, una vez propuestos los objetivos a alcanzar con el desarrollo de esta investigación, la forma operacional en que los resultados serán conseguidos teniendo en cuenta los aspectos y pautas descritas a continuación.

Una primera parte trata de realizar un análisis completo, utilizando aplicaciones y métodos interpretativos, de los alcances y aplicaciones de la técnica de investigación SERVQUAL con la intención de extraer las características, conceptualidades y propuestas aplicativas que permitan una adaptación de dichas técnicas para la generación de un instrumento funcional que permita a su vez la

evaluación de la calidad del servicio prestado por el programa de hipertensos en la Nueva E.P.S Cartagena sede la plazuela. a partir de la percepción de los usuarios finales.

En este sentido, el análisis interpretativo inicia con revisión exhaustiva de los estudios anteriores, de tal forma que se permita conocer el aporte científico de la técnica especificada, a partir de la bibliografía existente y referente tanto a nivel internacional como nacional, regional y local. De tal análisis se pretende extraer los principales aspectos del servicio a evaluar, como las propiedades de búsqueda, las propiedades de experiencia y propiedades de credibilidad, así como también identificar las dimensiones sobre las que se construye el concepto de calidad del servicio, considerando en todo momento el sector al que será aplicado. Vale la pena hacer notar al lector, que el análisis aquí propuesto, además de permitir conocer el grado de aportación científica de la técnica a la que se hace alusión, permite de igual forma observar en qué grado, la técnica SERVQUAL es aplicable al caso colombiano para la implementación de modelos que permitan evaluar la calidad de un servicio determinado.

La segunda parte del desarrollo de la investigación, la cual complementa el análisis interpretativo y que se constituye en la parte de mayor aportación para la implementación del instrumento propuesto, se basa en el análisis descriptivo resultante de la aplicación de encuestas que pretenden recoger la información necesaria y suficiente para la desarrollar el cuerpo del instrumento que se propone.

Dichas encuestas están basadas principalmente en la percepción del usuario del programa de hipertensos en la Nueva E.P.S Cartagena sede la plazuela. Expresada en gustos, preferencias y detalles observados durante la prestación del servicio al que se hace referencia. La encuesta incluye de igual forma variables resultantes del análisis de la visión y misión del programa en cuestión de tal forma que se pueda hacer una confrontación entre lo que percibe el usuario final y lo que



es y espera ser la respectiva unidad de atención teniendo en cuenta sus parámetros constitutivos (Briceño, 2000). Posterior a la aplicación de la encuesta, los datos serán analizados través del paquete estadístico, el SPSS, el cual permite el cálculo y estimación de estadísticos diversos como los índices de fiabilidad y validez, el análisis factorial, alpha de Cronbach, regresión múltiple, clúster y posicionamiento.

### 5.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Para la aplicación de las herramientas que servirán para la consecución de los resultados propuestos, el estudio tendrá como universo, toda la población de la ciudad de Cartagena, Hay que hacer notar al lector en esta parte, que al incluir la totalidad de habitantes de la ciudad en referencia se incurre en un sesgo maestral, ya que no todos ellos son usuarios del programa de hipertensión de la sede plazuela de la Nueva EPS. Sin embargo, vale la pena considerar la importancia que tiene la población como usuarios potenciales, por cuanto a que si bien no son demandantes efectivos si existe en todo momento la posibilidad de que aquellos que usualmente no recurren a la demanda de este tipo de servicio, lo hagan en un momento determinado.

### 5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Dada la información suministrada por la Nueva EPS sede Plazuela, se supo la cantidad aproximada de la población atendida en el programa de hipertensión en dicha sede mensualmente, según el registro de pacientes con este historial en total sumaron 780. Con base en dicha información se pudo realizar, de igual

forma, un muestreo estadísticamente significativo a partir de dicha población para aplicar en una primera instancia el cuestionario con el que se pretende extraer aspectos de relevancia sobre la medición de la calidad del servicio en dichos centros. Para el muestreo se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n = Tamaño muestral

Z = Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96

p = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse, aplicar la opción más desfavorable (p=0,5), que hace mayor el tamaño muestral; en este caso p = 50%

$$q = 1 - p$$

N = Tamaño de la población

i = Error que se prevé cometer (en este caso 5%)

Al aplicar la fórmula de muestreo para poblaciones conocidas, se obtuvo un valor de 258, el cual representa una muestra estadísticamente significativa para n con un error estándar igual al 5%. Así mismo, este n = 258 nos indica el número de pacientes sobre las cuales se podrá extraer características básicas sobre la medición de la calidad del servicio n considerando las 61 estaciones.

## 5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Tal y como se mencionó con anterioridad, el desarrollo del trabajo investigativo se basará en una primera parte en el análisis interpretativo y por tal razón la información requerida para ello será de carácter secundario proveniente de artículos, revistas, periódicos, informes académicos, textos otros similares que contengan la información relacionada con la técnica de investigación SERVQUAL.

La segunda parte de la investigación tratara de interpretar de manera descriptiva los resultaos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta formulada a la muestra escogida y por tanto la fuente es de tipo primario.

El procesamiento de la información se llevará a cabo mediante los software Microsoft Excel, SPSS y en los casos que sea necesaria la estimación de regresiones múltiples EVIEWS 3.5 o superior.

## 5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR <sup>2</sup>
Tangibilidad	Recursos materiales, equipos, materiales de comunicación e instalaciones con las que cuenta el personal de la entidad	Apariencia moderna de los equipos	Escala de Liker con puntuación de 1 a 5
		Características físicas atractivas	
		Aseo y limpieza de los empleados	
		Materiales en óptimas condiciones	
Fiabilidad	Capacidad o habilidad para prestar el servicio correctamente	Cumplimiento oportuno	Escala de Liker con

<sup>2</sup> Ver formato de captura

		Solución de problemas a clientes	puntuación de 1 a 5
		Buen servicio	
		Cumplimiento del tiempo establecido	
		No presencia de errores	
Capacidad de respuesta	Disposición y voluntad de los funcionarios para atender ágilmente a los usuarios	Información oportuna y precisa	Escala de Liker con puntuación de 1 a 5
		Rapidez en la prestación del servicio	
		Disposición a la ayuda por parte de los empleados	
		Disponibilidad para responder al cliente	
Seguridad	Inexistencia de dudas o riesgos respecto al servicio prestado, así como sobre la profesionalidad, conocimiento, atención, cortesía y credibilidad en la atención al público	Confianza transmitida	Escala de Liker con puntuación de 1 a 5
		Seguridad sentida por el cliente	
		Amabilidad del empleado	
		Conocimientos del empleado	
Empatía	Accesibilidad, tanto en lo referido a la persona adecuada, así como al horario, el acierto en la comunicación, comprensión y tratamiento de quejas	Atención particular	Escala de Liker con puntuación de 1 a 5
		Horarios de conveniencia para el cliente	
		Atención personalizada	
		Mejores intereses del cliente	
		Comprensión de necesidades del cliente	

## 6 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 6.1 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

El presente capítulo, busca realizar de manera exhaustiva una revisión de los principales textos y demás bibliografía disponible en materia de percepción de calidad del servicio con la intención de obtener un análisis objetivo y coherente de los principales métodos y herramientas desarrolladas para medir la calidad y extraer los aspectos de mayor relevancia y determinación, para la construcción del método que se propone con esta investigación. El análisis se basa principalmente en los modelos de medición de calidad bajo percepción, SERVQUAL de Parasuraman, el SERVPERF de Taylor y el modelo de calidad de Grönroos.

Inicialmente, al tratar sobre los modelos de medición de la calidad del servicio, se hace necesario definir adecuadamente que es un servicio, llegando al argumento que dictamina a un servicio como una actividad que busca satisfacer las necesidades de un cliente mediante acciones que se desarrollan de manera personal o por algún tipo de instrumento y que tenga referenciado como individuo a satisfacer al respectivo cliente el cual ha solicitado dicho servicio.

Ahora bien, cuando se habla de calidad, se hace referencia a un concepto integral que envuelve centenares de aspectos multidimensionales que hacen que éste sea aplicable a un sin número de áreas científicas y académicas. La calidad, en los términos más sencillos, puede ser definida como aquella cualidad o atributo especial que posee determinada persona o cosa para destacarse de entre todos los demás de su especie (Abad, 2008); sin embargo el concepto ha venido evolucionando a través del tiempo y, considerando las diversas disciplinas

existentes, se ha vuelto dinámico de tal forma que su implementación puede diferir según el área específica al que se aplique.

Por otro lado, cuando se habla de calidad del servicio se hace principal referencia al hecho de percibir aspectos sobresalientes y realmente satisfactorios en las actividades de intercambio realizadas entre cliente – proveedor, y que por lo general son de tipo intangibles. En este sentido, un servicio logra ser mejor que el otro en la medida en la que el usuario final pueda tener un mayor nivel de satisfacción que estará definido más que todo por lo que éste esperaba antes de utilizar el servicio y lo que realmente recibe una vez lo ha utilizado. En este sentido, la satisfacción se concreta a través del nivel de cumplimiento de los requerimientos establecidos por el individuo al momento de solicitar un respectivo servicio, tanto así que la satisfacción trata de contraer una necesidad y en sentido contrario busca crear un sentimiento de placer y contento al individuo. Entre tanto, al trabajar los conceptos de calidad y satisfacción se hace necesario resaltar una serie de comparaciones que permitan esclarecer las características y especificaciones de cada concepto, es por tanto que se plantea la siguiente tabla.

Tabla 1 Comparación entre los conceptos de calidad y satisfacción

<b>Dimensión de comparación</b>	<b>Calidad de servicio</b>	<b>Satisfacción con el servicio</b>
Atributos y dimensiones	Específicos de los juicios de calidad.	Potencialmente todas las dimensiones son relevantes.
Tipos de expectativas	Ideales, “excelencia”.	Expectativas predictivas, normativas, necesidades.
Naturaleza experimental	No es necesaria, influida por factores externos.	Necesaria.
Elemento central de la investigación	Dimensiones y medida.	Procesos mediante los que se realizan las evaluaciones.
Cognitivo/afectivo	Predominantemente cognitivo.	Cognitivo y afectivo.
Otros antecedentes	Comunicaciones.	Equidad, atribución, emoción,...

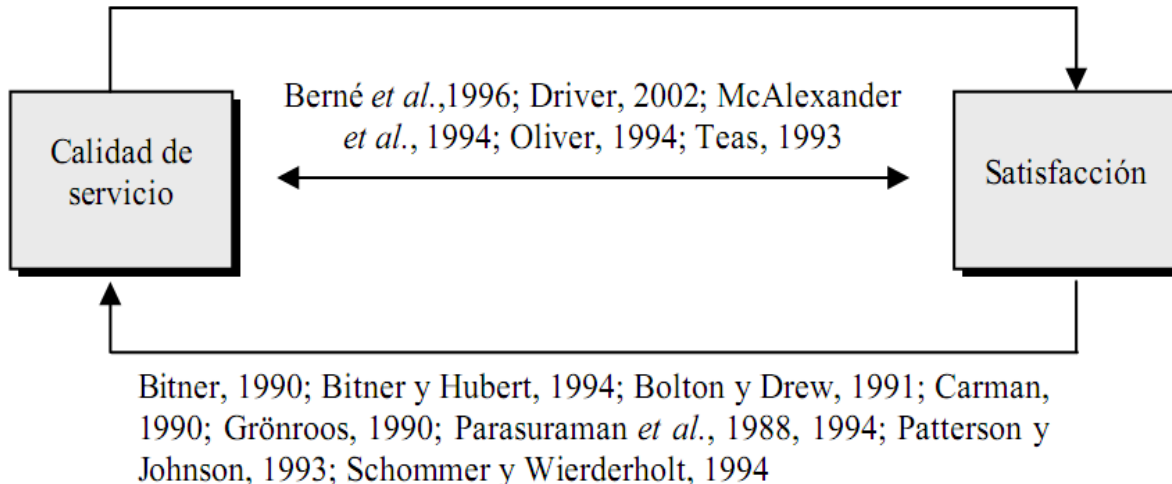
Fuente: González, A (2006)

En la actualidad, se presentan debates a cerca de la relación entre la calidad del servicio y la satisfacción del cliente, llegando a tal punto de no estar claro si la calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción o más bien un consecuente de esta. Es así como muchos autores señalan a la satisfacción como un antecedente de la calidad de servicio percibida, estos se basan generalmente en que a partir de las experiencias de satisfacción con varios encuentros de servicio se va creando y constituyendo una actitud global a largo plazo, esto es posible a través de acumulación de evaluaciones específicas que luego permiten llegar a una evaluación global. Específicamente, autores como Patterson, Johnson y Parasuraman también consideran la satisfacción como un antecedente de la calidad de servicio global, debido a que a través de obtener experiencias satisfactorias a través del tiempo, se crean percepciones positivas a cerca de la calidad del servicio.

A pesar de todo lo anterior, y de que existen quienes postulan que la calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción de los clientes y no en sentido contrario como se planteaba en el párrafo anterior, es posible crear una posición intermedia entre estos conceptos, es decir una posición en que la calidad del servicio sea considerada tanto un antecedente de la satisfacción como también un consecuente de esta. Es así como la satisfacción vendría determinada entre varios factores, por la calidad del servicio; a su vez, la satisfacción es determinante en la evaluación a largo plazo de la calidad del servicio percibido, es decir que comparar modelos en ambos sentidos (calidad como antecedente de la satisfacción y viceversa) generan ajustes idénticos, existiendo una relación de reciprocidad entre la calidad del servicio y la satisfacción; y se presentarían demasiadas dificultades a la hora de definir empíricamente cuál de estas sería el antecedente de la otra.

Figura 1 Resumen de las relaciones causales entre satisfacción y calidad del servicio

Anderson *et al.*, 1994; Bigné *et al.*, 1997; Churchill y Suprenant, 1982; Cronin y Taylor, 1992; Cronin *et al.*, 2000; De Ruyter *et al.*, 1997; Ekinci, 2004; Fornell *et al.*, 1996; Leunissen *et al.*, 1996; Llorens, 1996; Maloles, 1997; Oliver, 1993; Rust y Oliver, 1994; Shemwell *et al.*, 1998; Swan y Bowers, 1998; Woodside *et al.*, 1989



Fuente: González, A (2006)

En la figura anterior, se muestran los diversos autores que han generado sus respectivos juicios a cerca de la relación causal entre satisfacción y calidad del servicio, siendo que unos plantean a la calidad del servicio como consecuencia de la satisfacción, otros plantean lo contrario y por último hay quienes se muestran en la postura intermedia mencionada en el párrafo inmediatamente anterior.

Esta relación existente entre las percepciones y las expectativas determinan la base de las principales medidas de calidad desarrolladas hasta la actualidad, además de que constituyen el centro de análisis para la construcción de modelos que buscan acercarse lo más posible a la evaluación de la calidad.



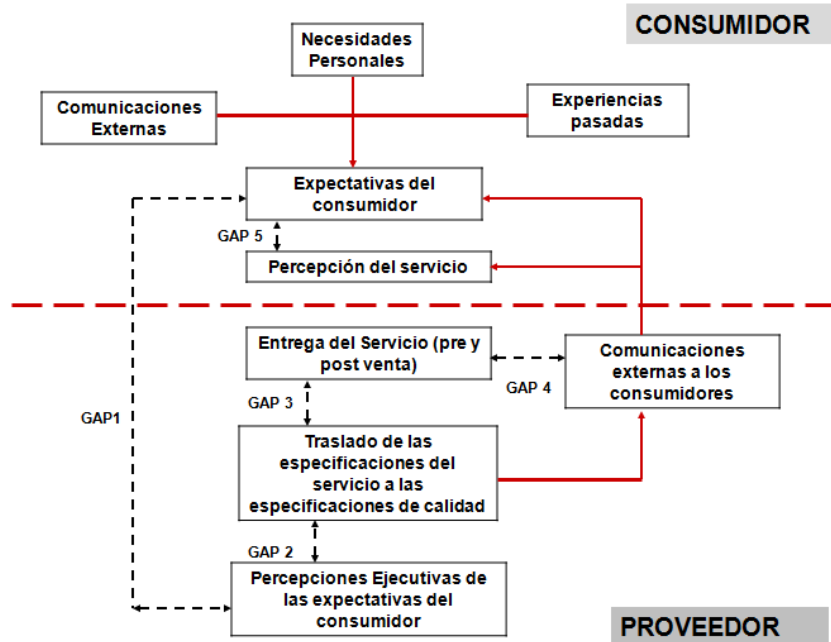
### 6.1.1 El Modelo Servqual

El primer modelo de medición de calidad y que constituye el modelo de base aplicativa para el desarrollo de ésta investigación, hace referencia al desarrollado por A. Parasuraman, V. Zeithaml y L. Berry (1988) el cual busca, a través de una escala cuantitativa, valorar el servicio prestado por una entidad o entidades en específico considerando el análisis de expectativas y percepciones de los usuarios consumidores.

El objetivo principal de la aplicación del modelo SERVQUAL consiste básicamente en la consecución del mejoramiento de la calidad del servicio que presta la organización o entidad referente a partir del análisis de las principales cualidades con la intención de que dicha entidad pueda priorizar el mejoramiento de aspectos referentes a las cualidades más sobresalientes según la opinión del cliente. Así mismo, esta opinión de los consumidores es el resultado de una indagación que hace la compañía a partir de la aplicación de encuestas (Fedoroff, f.s.).

El modelo se basa en la interpretación y análisis de las brechas existentes entre las formas de evaluación de la calidad de los clientes y de otros grupos influyentes para la empresa como lo son los proveedores. El siguiente esquema, el cual es tomado del libro original del modelo, muestra básicamente las brechas existentes considerando las expectativas y las percepciones de dichos grupos. Estas brechas los autores las han denominado GAPS.

Figura 2 Esquema interpretativo de los GAPS en el modelo SERVQUAL



Fuente: Parasuraman, A.; Berry, L.L; Zeithaml, V

El esquema muestra en la parte superior, todas las características referidas al consumidor y que tienen que ver directamente sobre los criterios que permitirán la medición de la calidad del servicio que éstos demandan. Entre estas, están las comunicaciones externas, las necesidades personales y las experiencias pasadas, las cuales determinan las expectativas y percepciones que el consumidor puede tener previamente con relación al servicio que pretende demandar.

Por su parte, en el segmento de abajo se muestran las características básicas que, con relación a la calidad del servicio, posee el proveedor o empresa de dichos servicios. Se observa por ejemplo, un eje referente a las comunicaciones externas que las empresas tienen con los consumidores y como ello repercute de igual forma sobre la instauración de expectativas y percepciones por parte del consumidor; así mismo se observan otras características como la entrega pre y

post venta, la conversión de especificaciones del servicio a especificaciones de la calidad y las percepciones ejecutivas sobre las expectativas del consumidor.

Las brechas o GAPS, considerando este orden de ideas, nace a partir de las diferencias existentes entre cada una de las categorías observadas en el esquema anterior, las cuales se señalan en la figura con líneas punteadas y con un número que determina su orden de aparición. Desde ésta perspectiva, el GAP 1 muestra la divergencia existente entre las expectativas de los clientes y las percepciones que la empresa tiene sobre esas expectativas. La importancia de este GAP radica en el hecho de que éste busca mostrar la forma en que muchas empresas basan su producción sin conocer lo que el cliente espera. En este sentido el GAP constituye un parámetro para analizar la deficiencia en la prestación del servicio. Este GAP es considerado como un “GAP de Marketing”, además de que se considera como el único capaz de evitar la separación entre lo ofrecido por la empresa y lo demandado por el cliente final (Mendoza, 2003).

El GAP 2 nos muestra que aunque las empresas tengan conocimiento suficiente sobre cuáles son las expectativas de los clientes, en muchas ocasiones no se cuenta con los medios necesarios para cubrir con dichas expectativas, debido a que a veces las especificaciones de la calidad del servicio no son del todo coherentes con respecto a las expectativas del cliente. Este GAP puede ayudar a corregir dichas fallas a través de la identificación de las discrepancias que existen entre la percepción de los directivos de la empresa y las expectativas de los clientes considerando las especificaciones de calidad del servicio.

La brecha o GAP 3 muestra la diferencia entre las especificaciones de la calidad y el servicio realmente ofrecido y con él se pretende evaluar la forma en que la empresa exige, posibilita e incentiva los estándares de los procesos de producción que repercuten en la calidad del servicio como tal, para que ésta no sea afectada.

Por su parte el GAP 4 permite mostrar la diferencia entre la comunicación que se les da a los clientes sobre el servicio en específico y la prestación de éste como tal. Ello conviene a la empresa puesto a que evalúa de manera efectiva las actividades de marketing llevadas a cabo con la intención de proveer a la empresa de métodos comerciales eficientes y de impacto sobre los niveles de demanda efectiva basada en la calidad.

Por último, el GAP 5 es el que finalmente permitirá conocer la calidad del servicio en los términos más prácticos del modelo SERVQUAL. Este nos muestra como la diferencia entre la calidad del servicio percibido y sus expectativas iniciales pueden estar determinadas por la interacción de las cuatro brechas anteriormente señaladas. En este respecto, el GAP se constituye en una función lineal que relaciona las demás brechas anteriores, así:

$$\text{GAP 5} = f(\text{GAP 1}, \text{GAP 2}, \text{GAP 3}, \text{GAP 4})$$

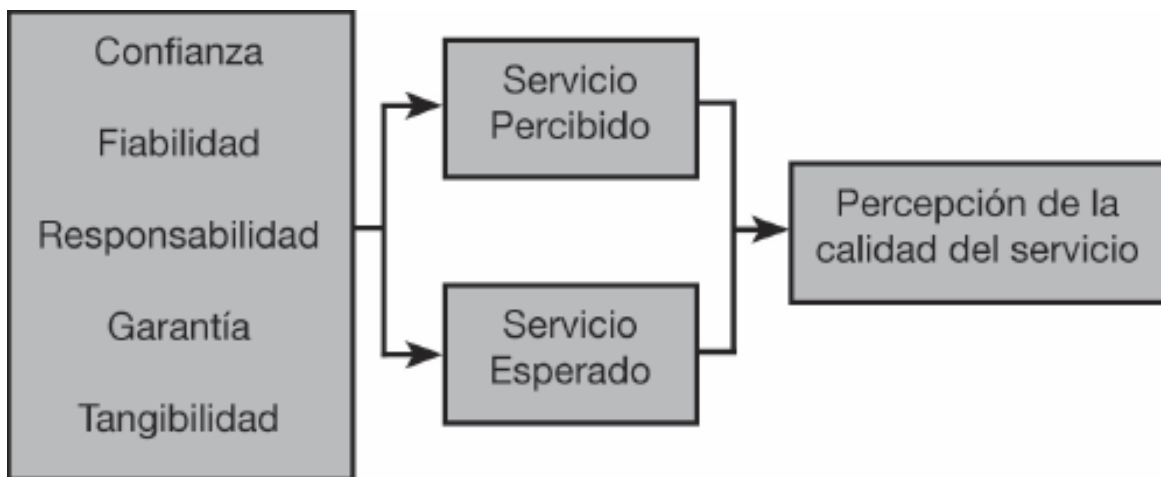
Además del análisis de brechas, el modelo SERVQUAL implementa un instrumento por medio del cual indaga las principales características con respecto a las expectativas y percepciones de los diversos clientes. Este instrumento consiste en un cuestionario de 22 preguntas donde se evalúan 5 grandes dimensiones que, según los autores, son aplicables para todo tipo de servicio que se desee evaluar. Estas dimensiones son:

- Tangibilidad
- Empatía
- Fiabilidad
- Capacidad de respuesta
- Confianza

La primera hace referencia a todos los aspectos físicos involucrados en la prestación del servicio como las instalaciones, los equipos y la apariencia del

personal, entre otros; la segunda se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa; la tercera, hace referencia a la disposición para ayudar al consumidor y prestar un pronto servicio; la cuarta es referente al conocimiento y cortesía de los empleados y la habilidad de ellos para inspirar confianza y confidencialidad y la quinta a la atención personalizada y amigable que el proveedor brinda al cliente.

Figura 3 Modelo SERVQUAL



Fuente: Parasuraman, A.; Berry, L.L.; Zeithaml, V

En el gráfico anterior, se puede apreciar como las 5 dimensiones generales planteadas en el modelo SERVQUAL permiten la evaluación de la calidad a través de la percepción, definiendo a esta percepción como la diferencia para el consumidor entre el servicio esperado y el servicio percibido.

Además de la consideración de las 5 dimensiones, también se tuvo en cuenta un total de 11 pasos sistemáticos y coherentes para la constitución del cuestionario, los cuales se analizan a continuación.

Primero se definió Calidad de Servicio como la discrepancia entre la percepción que tiene el consumidor de calidad del servicio ofrecida por una firma particular y las expectativas que tiene el consumidor acerca del servicio ofrecido por empresas. Luego se identificaron 10 diferentes dimensiones, las cuales tratarían en primera instancia de simplificar el concepto de calidad desde la óptica de lo integral. Posteriormente se generaron 97 ítems argumentativos, los cuales representarían las dimensiones identificadas anteriormente.

Luego se efectuó un proceso de depuración de ítems, a través de métodos relacionales para identificar cuáles de ellos podrían estar redundando o cuáles de ellos no son del todo representativos para realizar la medición de calidad. Para ello se utilizó el coeficiente alfa y la matriz de correlaciones entre variables. Ello llevaría posteriormente a contener un total de 34 ítems que representarían respectivamente 7 categorías subyacentes de las 10 iniciales.

El siguiente paso consistió en la colección de datos de percepciones y expectativas (partiendo del instrumento con 34 ítems) una población de 200 usuarios divididos en cuatro grupos (en cada grupo se tenía usuarios del servicio permanente y aquellos que lo hayan recibido reciente, con la intención de identificar, a partir de los usuarios indagados, que factores de importancia deberían ser analizados y que factores no. A partir de ello, se siguió el mismo proceso de depuración anteriormente referenciado, además de considerar la opinión de los 200 usuarios y se purificó la base de 34 ítem hasta llegar a un total de 22 preguntas o ítems los cuales representarían 5 dimensiones. Luego se analizó su confiabilidad y su aceptación para los demás servicios que podrían ser analizados a través de esta herramienta.

Estas 22 preguntas fueron formuladas de tal forma que los usuarios pudieran calificar tanto desde la óptica de las percepciones así como también desde la óptica de las expectativas y medir la calidad del servicio considerando dicha diferencia. O sea:

Puntuación SERVQUAL = Puntuación de las percepciones – puntuación de las expectativas

Considerando lo anterior, analicemos seguidamente, algunos aspectos puntuales que permiten mostrar las principales aplicaciones del modelo SERVQUAL, así como su importancia y pertinencia para la evaluación de la calidad de los servicios.

La primera de ellas, se refiere a la capacidad que tiene el modelo para comparar expectativas y percepciones a lo largo del tiempo, es decir, el modelo tiene la potencialidad de analizar el cambio que sufren las expectativas de los clientes, así como también las percepciones a través del paso del tiempo, siempre y cuando el modelo se aplique con una periodicidad considerada.

Permite además el examen de segmentos de clientes que poseen diversas percepciones sobre la calidad. Ello nos quiere decir, que su implementación puede hacerse considerando grupos de clientes que resultan más determinantes para el direccionamiento de las políticas de la empresa. En este sentido, el cuestionario puede ser aplicado solo a aquellos clientes de mayor demanda, de mayor influencia en las decisiones y de mayor representatividad para la empresa.

Así mismo, el cuestionario y la medición es potencial para compararse con otras empresas del mismo sector y que representan, de manera alguna, competencia para la compañía. Esto contribuirá al estudio y análisis de la competencia y a la estructura de la matriz de oportunidades de la empresa, así como también a la orientación de la demanda potencial.

Por último, vale mencionar que, como gran utilidad, el modelo sirve para medir además la calidad del servicio a partir de las percepciones y expectativas de sus clientes internos. En este respecto, es válido evaluar de igual forma la particularidad en que los diversos departamentos y subdivisiones de la empresa ven la calidad del servicio (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1993).

El cuestionario SERVQUAL se muestra como anexo en al final de esta investigación.

### 6.1.2 El Modelo Servperf

Este modelo de medición de la calidad de servicios es una alternativa modifica del modelo SERVQUAL propuesto por Parasuraman, Zeithaml y Berry entre 1985 y 1988 y se origina a partir de las criticas metodológicas y aplicativas realizadas por Cronin y Taylor (1992) al paradigma disconfirmatorio y al concepto de calidad en la que se fundamenta el modelo servqual. Según Cronin y Taylor (1992) la medición de la calidad de los servicios no se debe basar en un paradigma disconfirmatorio sino en un paradigma actitudinal (Fransi, f.s., pág. 131), es decir, para estos autores el concepto de la calidad de servicios en el modelo servqual se confunde con el de satisfacción y actitud (Rodriguez, f.s.), por tanto la base conceptual del modelo es confusa y los resultados imprecisos, ya que se pretende llegar a una medición de la calidad iniciando con un paradigma que se aborda con un concepto relacionado pero distinto.

Siguiendo este planteamiento, Cronin y Taylor (1992) proponen medir la calidad del servicio con una escala SERVPERF, que excluye las expectativas, que en el modelo SERVQUAL se incluyen de dos formas: las expectativas deseadas, es decir, lo que al cliente o usuario le gustaría obtener realmente y las expectativas adecuadas, es decir, lo que al cliente o usuario asumiría como nivel aceptable del servicio que espera recibir (Begaza, 2006). Así pues, la calidad del servicio se mediría a través de la valoración exclusiva de las percepciones, eliminando la teoría de los GAPS, decisión que los autores sustentaron aludiendo, que a la luz de la revisión literaria realizada, tenían poco sustento teórico, como también, al construir una nueva escala ahora con un concepto de la medición de la calidad



sustentado solo en las percepciones, se superaban las limitaciones de las expectativas sobre todo en lo concerniente a las diferencias en las apreciaciones sobre el desempeño y la experiencia (Fransi, f.s., pág. 250).

La escala SERVPERF genera unos puntajes acumulados sobre la calidad del servicio en forma general, pudiéndose representar estos resultados en una gráfica que relaciona el tiempo con los subgrupos específicos de clientes o muestra demográfica. El modelo emplea los veintidós puntos desarrollados por el modelo SERVQUAL, pero simplificando el método de la calidad del servicio al utilizar solo las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad del servicio. De esta manera, el modelo SERVPERF satisface más las consideraciones teórico - conceptuales de actitudes y satisfacción como medida de la calidad del servicio (Colmenares & Saavedra, 2007).

Los puntajes obtenidos en la percepción de la calidad del servicio que tienen los usuarios se ponderan por cada atributo que tiene en la evaluación de la calidad, de manera que el modelo ilustra una relación positiva entre la calidad y la percepción, o lo que es lo mismo, cuando la percepción de la calidad de los usuarios es alta la calidad percibida por el modelo será de igual manera alta, por tanto esta modelación de la calidad del servicio mide una relación directa con la percepción de los usuarios.

La ecuación que permite la estimación de los resultados del modelo SERVPERF se expresa de la siguiente manera:

$$Q_i = \sum_{j=1}^k W_j P_{ij} \quad 3$$

Siendo:

$Q_i$  c La calidad percibida global del elemento i

---

<sup>3</sup> Tomado de: (Fransi, f.s.)

- $k$  El número de atributos, 22 según lo planteado en SERVQUAL
- $P_{ij}$  La percepción del resultado del estímulo  $i$  con respecto al atributo  $j$
- $W_j$  La importancia del atributo  $j$  en la calidad percibida

La ecuación planteada por el modelo SERVPERF de Cronin y Taylor (1992) supone una mejor medición de la calidad bajo la aceptación de la percepción como elemento exclusivo en la medición de la calidad percibida por los usuarios de los servicios, dada una mayor exactitud en la conceptualización y estructuración teórica del método y la operativización técnica para medir la calidad de los servicios prestados. De esta manera, se logra comprobar que la calidad de los servicios es un antecedente de la satisfacción del cliente, tiene un efecto con significancia estadística en la intención de compra o uso del servicio por parte de los clientes y finalmente que la calidad del servicio tiene menos influencia en la intención de compra que en los niveles de satisfacción de los clientes.

Hay que hacer notar que existen otros modelos desarrollados por autores como Teas (1993) (Fransi, f.s., págs. 140 - 143) quien como Cronin y Taylor parte de una crítica hecha al modelo realizado por Parasuraman, Zeithaml y Berry para diseñar un modelo alternativo de medición de la calidad del servicio denominado MODELO DE DESEMPEÑO EVALUADO, cuyo fundamento crítico además de la definición de las expectativas también considera aspectos como la operativización del concepto y la evaluación del mismo, sin tener que excluir la medición de las expectativas, solo que en este modelo no se opera una diferencia sino un producto.

Otro modelo de importancia en la literatura de medición de la calidad del servicio desarrollado por Teas (1993) lo llama MODELO DE LA CALIDAD NORMALIZADA definiéndolo como un índice de comparación entre la calidad percibida y el objeto que constituye el punto de evaluación. El más importante aporte de esta

modelación se encuentra en el hecho de que constituye o reúne un importante aporte en cuanto a la evaluación de la calidad percibida hasta el momento en los modelos desarrollados con anterioridad a él (Fransi, f.s., pág. 144 y 1445).

El modelo SERVPERF retoma importancia y valor aplicativo por su sencillez y relevancia en la redefinición del concepto de calidad del servicio, ya al tomar distancia crítica del modelo SERVQUAL se convierte en un aporte invaluable a la hora de hacer claridad entre lo que se considera satisfacción y la apreciación debida y más correcta de la calidad del servicio percibido por los usuarios. A pesar de que finalmente la escala que utiliza este modelo es la misma a la del SERVQUAL, tan sólo variando en el enfoque de evaluación y las preguntas en los instrumentos.

### 6.1.3 El Modelo de Calidad de Servicio de Grönroos

Además de los planteamientos de la calidad del servicio anteriormente mencionados, basados en los modelos SERVQUAL y SERVPERF pertenecientes a la vertiente de pensamiento de la Escuela Norteamericana, existe también la corriente de pensamiento de la Escuela Nórdica, que nació en Finlandia y Suecia a mediados de la década de los setenta enfatizando la importancia de las relaciones a largo plazo con los clientes en las redes comerciales. Es así, como la escuela nórdica a través de uno de sus miembros más conocidos como lo es el Dr. Christian Grönroos diseñó un modelo de calidad del servicio, en el cual, el servicio como tal, es un proceso, que a su vez envuelve a varias funciones de la empresa y no se refiere a una responsabilidad únicamente del departamento de mercadeo, pues lo trascendental es observar cómo el cliente percibe el proceso total del servicio. La corriente de la Escuela Nórdica permite la especialización, pero da prevalencia en que no se pueden tener distintas tareas y sub-tareas que están

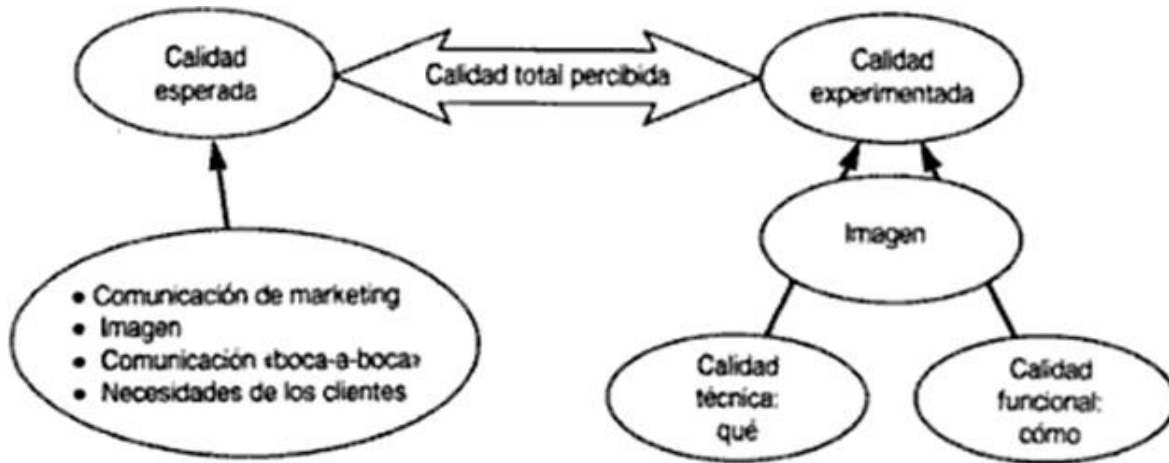
sub-optimizadas debido a que ellas van a anular entre sí en el momento en que el cliente las perciba no solamente de manera individual sino como un todo.

Es sabido que entre la Escuela Nórdica y la Escuela Norteamericana existe una gran diferencia, una de estas se encuentra en el método de investigación, ya que los norteamericanos han desarrollado un enfoque más tradicional y de tipo cuantitativo, basado en la comprobación de la hipótesis. Mientras que los nórdicos se han dedicado a tratar de implantar una teoría usando orientaciones cualitativas y sin tener en cuenta la formulación de una hipótesis que deba ser comprobada anticipadamente, esto les ha permitido un avance más rápido y efectivo en el desarrollo del mercadeo y específicamente en el área del mercado de servicios.

El modelo de calidad del servicio desarrollado por Grönoos en 1998, también se le conoce con el nombre del modelo de la imagen, ya que relaciona la calidad con la imagen corporativa. Este modelo plantea que la calidad que perciben los clientes, es la integración de la calidad técnica (la que se da) y la calidad funcional (como se da), y estas se relacionan a su vez con la imagen corporativa, ya que la imagen es considerada como un componente básico para evaluar la calidad percibida.

En otras palabras, el cliente está influenciado por el resultado del servicio, pero también por la manera en que lo recibe y la imagen corporativa, todo esto estudia de manera transversal las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio.

Modelo de la calidad del servicio percibido de Grönroos



Fuente: Grönroos, C (1990).

En la figura anterior se muestran como están conectadas las experiencias de la calidad con las actividades del marketing tradicional; entre ambas producen la calidad percibida en los servicios. Cuando tenemos en cuenta, además de las empresas de servicios, a los fabricantes de bienes que proporcionan servicios como parte de sus ofertas, puede ser más apropiado hablar de la calidad total percibida. La buena calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada satisface las expectativas del cliente, esto es, la calidad esperada, si las expectativas son poco realistas, la calidad total percibida será baja, aun cuando la calidad experimentada, medida objetivamente, sea buena (Grönroos, C 1990).

Como se muestra en la figura, la calidad esperada está en función de varios aspectos como lo son, la comunicación de marketing, la imagen, la comunicación boca a boca y las necesidades de los clientes. La comunicación de marketing incluye dentro de sí a la publicidad, relaciones públicas y las campañas de ventas, todo lo que se encuentra directamente controlado por la empresa. Los factores de imagen y comunicación boca a boca se encuentran controlados indirectamente por la empresa. La publicidad puede ayudar a incidir en esto factores externos pero específicamente son aspectos fuera del alcance directo de la empresa.

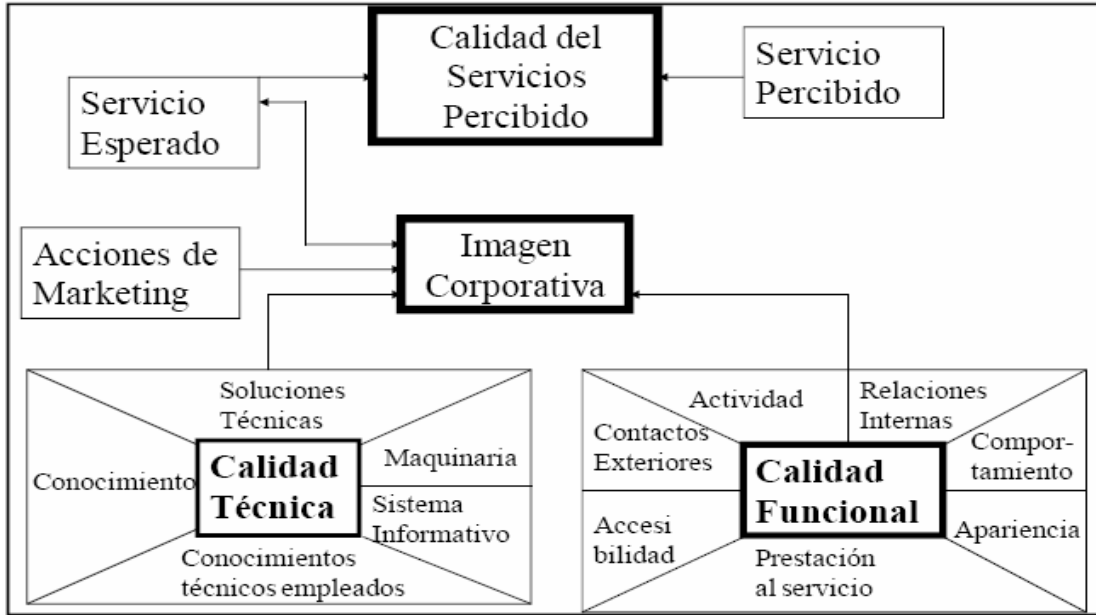
Por tanto, una evaluación adecuada de la calidad que se percibe, se logra conquistar cuando la calidad que se experimenta cumple con las expectativas del cliente, es decir cuando la calidad llega a satisfacerlo. Pero en el caso en que se presente un exceso de expectativas, se generan problemas en la evaluación de la calidad. Es así como en el caso de que se crucen expectativas irreales con el hecho de experimentar buena calidad, se puede llegar a obtener una calidad percibida total bastante baja. Las expectativas o calidad esperada según Grönroos, están en función de los aspectos antes mencionados y que se encuentran en la figura anterior (Imagen, comunicación de marketing, entre otras).

Según Grönroos (1990), la experiencia de calidad es influida por la imagen corporativa y a su vez por otros dos componentes distintos, los cuales son la calidad técnica que se enfoca en un servicio técnicamente correcto y que conduce a un resultado aceptable, está se concentra en todo lo referente al soporte físico, los medios materiales y la organización interna, es a la que Grönroos denomina la dimensión del “que”, es decir lo que el consumidor recibe. Y la calidad funcional, la cual es la encargada de la forma en que el consumidor es tratado a lo largo del proceso de producción del servicio, es decir, es la dimensión del “cómo”, como el consumidor recibe el servicio.

La manera en que los consumidores aprecian la empresa, se refiere a la imagen corporativa de la empresa. Es percepción de la calidad técnica y funcional de los servicios que presta una organización y, por ende, tiene efecto sobre la percepción global del servicio.

Grönroos afirma que el nivel de calidad total percibida no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional, sino que está dado por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada, paradigma de la des confirmación.

Modelo conceptual de la calidad percibida total de Grönroos



Fuente: Civera, M. (2008).

En la gráfica anterior se muestra el funcionamiento del modelo de Grönroos. Al igual que se había mencionado antes se observa que la calidad esperada está en función de una serie de factores, pero aparte de esto, en esta gráfica se observa la calidad técnica desglosada en una serie de aspectos que terminan definiéndola, como lo son el conocimiento, las soluciones técnicas, entre otras. Al igual que se observa a la calidad funcional, representada por la actividad, los contactos exteriores, la accesibilidad, entre otras.

## 6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LOS USUARIOS

### 6.2.1 Fiabilidad

De acuerdo con el modelo original de medición de calidad SERVQUAL la categoría de fiabilidad involucra otros ítems relacionados con aspectos como el cumplimiento, buen servicio y ausencia de errores, en este análisis como se muestra en la tabla 2 dichos ítems no se registran ya que las respuestas fueron similares en todos los casos, de manera que para efectos descriptivos solo tomamos el ítems más general.

Tabla 2 Fiabilidad

Ítems	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
La Prestación del servicio esperado se da de manera correcta	1,7%	11,8%	24,4%	36,1%	26,1%

Fuente: Autores con base en encuesta

En tal sentido los usuarios del programa de hipertensión de la Nueva EPS sede la Plazuela manifestaron gran parte de ellos, el 36,1% de los que fueron encuestados, estar bastante de acuerdo con la afirmación que confirma que el servicios esperado que presta la entidad se da de la manera correcta, por su parte otro cumulo significativo, el 26,1% dijo estar totalmente de acuerdo con dicha aseveración, de manera que como primera mirada parece haber una buena percepción de fiabilidad por parte de los usuarios, sin embargo es de considerar el 13% que esta poco de acuerdo y nada de acuerdo, y un 24,4% que manifiesta una posición neutra.



## 6.2.2 Capacidad de respuesta

La categoría de capacidad de respuesta hace referencia a la Disposición y voluntad de los funcionarios para atender ágilmente a los usuarios, la cual está compuesta en este análisis por dos ítems complementarios: la disposición de los funcionarios para atender y la amabilidad percibida por los usuarios en el trato y la atención.

Tabla 3 Capacidad de respuesta

Ítems	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Hay Disposición de los funcionarios para la atención a los usuarios	1,7%	6,7%	27,7%	31,1%	32,8%
Son amables los funcionarios en el trato a los usuarios	3,36%	2,52%	22,69%	36,97%	34,45%

Fuente: Autores con base en encuesta

El resultado descriptivo de la aplicación del modelo a través del formulario permitió conocer que el 31, 1% de los usuarios esta bastantes de acuerdo con que Hay Disposición de los funcionarios para la atención a los usuarios, así como un 37% también está bastante de acuerdo en que Son amables los funcionarios en el trato a los usuarios. Similar porcentaje de usuarios dice estar totalmente de acuerdo en los mismos ítems, sin embargo hubo una participación considerable que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con lo expresado, manifestando indiferencia, pero de destacar la baja proporción en las calificaciones negativas en esta categoría, la cual para los dos ítems no sumo más 9%.

### 6.2.3 Seguridad

Esta categoría está referida a la Inexistencia de dudas o riesgos respecto al servicio prestado, así como sobre la profesionalidad, conocimiento, atención, cortesía y credibilidad en la atención al público, la resumen dos ítems uno que trata de captar la sensación de seguridad que sienten los usuarios con el servicio a partir de la cualificación que observan en los funcionarios y otro que se relaciona con las soluciones encontradas en el servicio prestado frente a sus requerimientos.

Tabla 4 Seguridad

Ítems	Nada de acuerdo	poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Esta cualificado el personal para las tareas que tiene que realizar y tiene adaptabilidad a las nuevas tecnologías	2,5%	6,7%	23,5%	32,8%	34,5%
El usuario encuentra las mejores soluciones al momento de requerir el servicio	0,8%	13,4%	26,1%	31,9%	27,7%

Fuente: Autores con base en encuesta

De acuerdo con lo que pretende captar el modelo sobre la seguridad percibida por los usuarios ante el servicio prestado se pudo identificar con la aplicación del cuestionario niveles de percepción no muy altos sobre la cualificación del personal, cerca del 33% de los usuarios dijeron estar bastante de acuerdo con la afirmación “Esta cualificado el personal para las tareas que tiene que realizar y tiene adaptabilidad a las nuevas tecnologías” y un porcentaje solo un poco mayor, el 34,5% dijo estar totalmente de acuerdo, el porcentaje de usuarios en posición neutra se mantiene en niveles similares a las demás categorías, por encima del 20%, los poco de acuerdo son un 6,7% y los nada de acuerdo el 2,5%.

En cuanto a la asimilación de los usuarios con las soluciones brindadas por los funcionarios frente a su requerimientos los porcentajes favorables son poco menores, solo el 31,9 esta bastante de acuerdo y un 27,7% está totalmente de acuerdo, el nivel neutro o de indiferencia ante la afirmación lo comprende el 26% de los usuarios encuestados mientras que un 13,4% manifiesta estar poco de acuerdo y solo un 0.8% dice estar nada de acuerdo en encuentra las mejores soluciones al momento de requerir el servicio.

#### 6.2.4 Empatía

Accesibilidad, tanto en lo referido a la persona adecuada, así como al horario, el acierto en la comunicación, comprensión y tratamiento de quejas son los aspectos que define el concepto de empatía que contempla el análisis de calidad medido mediante el modelo SERVQUAL aplicado a una de las sedes de la Nueva EPS en Cartagena específicamente en su programa de hipertensión.

Tabla 5 Empatía

Ítems	Nada de acuerdo	poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
El personal refleja honestidad y confianza	0,8%	3,4%	21,8%	38,7%	35,3%
Cuando acudo a la entidad o hago uso de su servicio, no tengo problema alguno en contactar con la persona que pueda responder a mis demandas	0,8%	10,9%	18,5%	36,1%	33,6%
Considero suficiente el horario de atención establecido al cliente	3,4%	8,4%	23,5%	38,7%	26,1%
Se me informa de una manera clara y comprensible	1,68%	10,08%	25,21%	36,13%	26,89%
La entidad recoge de forma adecuada las quejas y sugerencias de los usuarios	5,0%	11,8%	23,5%	35,3%	24,4%

Fuente: Autores con base en encuesta

Según lo encontrado en las encuestas, resulta ser significativo al momento de analizar la calidad del servicio la percepción que tienen los usuarios al pensar en empatía de una forma integral y expresan el acuerdo de que las categorías contempladas en el instrumento propuesto suelen ser importantes las unas con respecto a las otras, para así otorgar el sentido de completitud e integralidad que tienen que ver con la empatía como característica del servicio de las estaciones de gasolina de la ciudad de Cartagena.

Se observa en la tabla anterior que solo existe una pequeña correlación negativa entre la importancia que tiene para los clientes finales el hecho de que los empleados se preocupen por sus intereses y la atención personalizada por parte de los empleados. Es decir, entre más se interese el cliente por la forma en que el empleado cuida de sus intereses, menos se preocupa por una atención personalizada.

### 6.2.5 Aspectos tangibles

Tabla 6 Aspectos tangibles

Ítems	Nada de acuerdo	poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
El personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo	0,8%	7,6%	27,7%	39,5%	24,4%
El personal dispone de tecnología adecuada para realizar su trabajo (equipos informáticos y de otro tipo)	0,0%	4,2%	21,8%	41,2%	32,8%
El personal dispone de los medios adecuados de comunicación con otros servicios y unidades para facilitar su labor	1,7%	6,7%	23,5%	40,3%	27,7%
La entidad se adapta perfectamente a mis necesidades como usuario	2,5%	10,9%	26,1%	34,5%	26,1%
Se han solucionado satisfactoriamente mis demandas en ocasiones pasadas	3,4%	10,1%	21,8%	44,5%	20,2%
La opinión de otros usuarios sobre el servicio es buena	5,0%	7,6%	32,8%	25,2%	29,4%

Como usuario, conozco las posibles soluciones que me ofrece la entidad	1,7%	8,4%	24,4%	44,5%	21,0%
Cuando acudo a la entidad sé que encontraré las mejores soluciones	0,8%	7,6%	32,8%	31,9%	26,9%

Fuente: Autores con base en encuesta

La correspondencia entre la apariencia moderna de los equipos y las condiciones óptimas de los mismos asciende al orden de la calificación bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo del 20% y 32% entre los ítems que conforman la categoría tal y como se observa en la tabla anterior, indicando de igual manera que es indispensable que al tener buena apariencia de los equipos modernos de las estaciones, éstos deben funcionar en condiciones óptimas, de manera coordinada. Los niveles de insatisfacción con los aspectos tangibles de acuerdo con la apreciación de los usuarios parece ser relativamente bajo comprobado esto por los bajos porcentajes de calificación en desacuerdo con las afirmaciones positivas sobre el estado físico de los equipos y demás elementos que lo conforman.

## 6.3 EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE CALIDAD

### 6.3.1 Análisis de fiabilidad

Se valida el instrumento de socialización que utiliza escala Likert, con la finalidad de comprender su fiabilidad y validez para ser aplicado. El indicador Alpha Cronbach pretende medir la consistencia de la escala de medición usada en el instrumento para evaluar la magnitud de correlación de los ítems en él contenidos. La evaluación de la veracidad del instrumento se hizo utilizando el software SPSS, teniendo en consideración que este software otorga un ambiente propicio y agradable para el manejo de evaluaciones de escala. La literatura tradicional habla de que un coeficiente de alpha cronbach consistente es aquel que obtiene valores mínimos de 0,7 y máximo de 0,9 (Robledo M. , 2004).

Tabla 7 Resumen del procesamiento de los casos

<b>Casos</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Casos	Válidos	119	100
	Excluidos <sup>a</sup>	0	0
	Total	119	100

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

De acuerdo con lo planteado en la teoría y con los resultados obtenidos en la estimación del Alpha de Cronbach el instrumento utilizado y su escala de medición es consistente y coherente, por lo que la afirmaciones planteadas a los usuarios proveen información de validez para medir y evaluar los niveles de calidad del servicio prestado por la entidad, un Alpha de Cronbach de 0,95 muestra un alto grado de ajuste del instrumento empleado en la medición.

Tabla 8 Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,955	18

### 6.3.2 Identificación De Factores Críticos calidad o no calidad en el programa de hipertensión de la sede Plazuela Nueva EPS

Este apartado lo que busca es identificar, con base en lo ya desarrollado anteriormente, los principales factores de calidad y/o no calidad en cuanto a la prestación del servicio de hipertensión en la sede la Plazuela de la Nueva EPS, con la finalidad de brindar un insumo que luego pueda ser utilizado por los directivos y responsables del programa para establecer estrategias que permitan el mejoramiento de este programa importante para la empresa.

Téngase en cuenta que este marco crítico considera el enfoque del autor y de las teorías plateadas, teniendo en cuenta que factor de calidad está referido a aquel que es bien percibido y que es claramente satisfactorio para los usuarios, de tal forma que siempre muestran acuerdo en la forma en que se realiza. Por otro lado, factor de no calidad será aquel en que la mayoría de los usuarios no están de acuerdo con la forma en que actualmente se realiza y que por tal motivo al ser consultados al respecto, muestran un desacuerdo o se observa una porción no esperada de personas que no concuerdan con el aspecto.

La tabla 10 resume el porcentaje promedio de las respuestas dadas según cada categoría de acuerdo o desacuerdo para cada una de las afirmaciones que, dentro del cuestionario de socialización del conocimiento permiten identificar los niveles de calidad de prestación del servicio de acuerdo con la percepción de los usuarios. De él se extraerán datos combinados que permiten la construcción de la

siguiente tabla, que identifica claramente los factores de éxito y fracaso según cada dimensión o componente de socialización que ha sido analizado previamente. De esta forma, la identificación se realizará teniendo en cuenta el siguiente patrón:

Tabla 9 rangos para los criterios de evaluación de los niveles de calidad

% de acuerdo y muy de acuerdo	Tipo de calidad o no calidad
10% - 59,9%	No calidad
60% - 79,9%	Baja calidad
80% - 84,9%	Calidad moderado
85% o más	Calidad alta

### 6.3.3 Matriz de factores

Tabla 10 Matriz de factores

Dimensión	Factor de calidad	% de acuerdo	Resultado
Fiabilidad	Prestación del servicio	62,20%	Baja calidad
Capacidad de respuesta	Atención de los funcionarios	63,90%	Baja calidad
	Trato de los funcionarios	71,42%	Baja calidad
Seguridad	Cualificación del personal	67,30%	Baja calidad
	Soluciones a la solicitud del servicio	59,60%	No calidad
Empatía	Honestidad y confianza del personal	74%	Baja calidad
	Respuesta a las demandas	69,70%	Baja calidad
	Suficiencia del horario de atención	64,80%	Baja calidad
	Información clara y comprensible	63,02%	Baja calidad
	Recolección correcta de las quejas de los usuarios	59,70%	No calidad
Aspectos tangibles	Suficiencia de los recursos materiales para el personal	63,90%	Baja calidad
	Tecnología adecuada para el personal	74%	Baja calidad
	Medios de comunicación adecuados para el personal	68%	Baja



			calidad
	Adaptación a las necesidades de los usuarios	60,60%	Baja calidad
	Soluciones a las demandas anteriores	64,70%	Baja calidad
	buena opinión de otros usuarios sobre el servicio	54,60%	No calidad
	conocimiento de las posibles soluciones de la entidad	65,50%	Baja calidad
	sé encuentran las mejores soluciones	58,80%	No calidad

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir este apartado señalando desde la perspectiva del análisis crítico, los siguientes puntos con respecto a lo encontrado según cada dimensión.

#### A. dimensión de Fiabilidad

Se denota claramente que es una de las dimensiones en la que los usuarios perciben baja calidad en la prestación del servicio, ratificándolo con su calificación en las dos puntuaciones más altas de la escala, las que indican estar bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo, la sumatoria de estas dos puntuaciones se ubica estrictamente en el rango de criterio de evaluación de baja calidad

Los usuarios del programa de hipertensión de la Nueva EPS sede Plazuela perciben un nivel muy bajo de fiabilidad en el servicio, específicamente con el cumplimiento oportuno a las soluciones de sus problemas por lo que consideran que la capacidad o la habilidad para prestar el servicio correctamente por parte de la entidad tiene un nivel bajo de calidad. En tal sentido es importante que se promueva un mejor desarrollo de las prácticas que se emplean para atender los problemas que plantean los usuarios y tratar de orientar el servicio hacia la obtención de soluciones correctas a sus exigencias y necesidades.

## B. Dimensión de Capacidad de respuesta

Esta dimensión también obtiene calificaciones muy bajas indicando baja calidad en la prestación del servicio, permitiéndose identificar que la capacidad de respuesta de los usuarios es de baja calidad, con más acentuación en la disposición de los funcionarios para atender a los usuarios, es decir, cada paciente que asiste al programa de hipertensión percibe poca disposición en los funcionarios para atenderlos, de manera que su capacidad de respuesta, referida esta como la disposición y la voluntad de los funcionarios para atender a los usuarios es de baja calidad.

Situación similar ocurre con el otro ítem de medición de la capacidad de respuesta, aunque este muestra un porcentaje un poco más alto, pero que aún lo mantiene en el rango de baja calidad. Los usuarios sienten y manifiestan que el trato de los funcionarios con los usuarios no es lo suficientemente considerado y amable, sin embargo este es uno de los factores críticos que la entidad debería potenciar con estrategias de formación en la atención a los usuarios y con exhortaciones por parte de la dirección del programa para que sus funcionarios sean un poco más amables y considerados frente a los pacientes y quizá en próximas evaluaciones se alcance en nivel moderado de calidad.

## C. Dimensión de seguridad

Esta dimensión resulta ser la de peor calificada por parte de los usuarios ya que sus factores, uno de ellos, muestra rangos de evolución de no calidad y el otro de baja calidad, de manera que los usuarios están percibiendo niveles muy bajos de seguridad al tener muchas dudas y sentirse en riesgo frente al servicio prestado

Aparecen dos muy importantes factores de medición de la seguridad, uno referido al nivel de cualificación del personal en las tareas que tiene que realizar en su

adaptación a las nuevas tecnologías, en este caso la calificación indica un nivel baja de calidad y otro referido a encontrar las mejores soluciones al requerir un servicio, en este aspecto la calificación denota niveles de no calidad y parece ser el aspecto de mayor desacuerdo por parte de los usuarios, debido a que en las 3 categorías hasta ahora analizadas se identifica mucha insatisfacción en lo que tiene que ver con la solución a los problemas, es decir parece que los pacientes se sienten muy inconformes con las soluciones brindadas hasta ahora por la entidad a los problemas que ellos esperan que el programa les resuelva.

#### D. Dimensión de empatía

Como todas y cada una de las dimensiones evaluadas en este estudio tiene baja calidad los 5 factores que midieron esta dimensión obtuvieron mala puntuación, 4 de ellos fueron ubicados en el rango que indica baja calidad, mientras que 1 fue ubicado en el rango que indica no calidad empeorando el nivel global de la dimensión.

Aspectos como la honestidad y confianza del personal, respuesta a las demandas suficiencia del horario de atención y la entrega de información clara y comprensible los usuarios las califican de baja calidad, mostrando poca satisfacción con esta parte de la prestación del servicio, pero aun pero ellos consideran que la manera en que la entidad recoge y tiene en cuenta las sugerencias y reclamos de los usuarios en paupérrima, lo demuestra un margen de calificación que arroja un resultado de no calidad en este aspecto

## E. Dimensión de aspectos tangibles

Esta es la dimensión de mayor número de factores, no por ello la más importante, pero sí la que mayores elementos de visualización de la calidad del servicio expone a los usuarios por tratarse de los elementos tangibles del servicio prestado, como ya se dijo, estos elementos corresponden a los recursos materiales, equipos, materiales de comunicación e instalaciones con las que cuenta el personal de la entidad. La matriz de factores muestra que 6 de los 8 tuvieron calificaciones dentro del rango de baja calidad y 2 de no calidad mostrando que aun en la dimensión con mayor número de factores la percepción de insatisfacción por parte de los usuarios es evidente.

Si bien en este aparte todos los factores deben ser fortalecidos porque su evaluación es baja, también debe tenerse en cuenta que hay elementos con calificaciones por encima del promedio que deben ser potencializadas, como es el caso de las tecnologías adecuadas para la prestación del servicio, allí en ese aspecto hay una calificación que puede llegar al nivel moderado de calidad, si la entidad sigue mejorando sus adquisiciones técnicas y tecnológicas, modernizando sus equipos e instalaciones, la percepción de los usuarios puede mejorar considerablemente.

En cuanto a una perspectiva de futuro, todos los aspectos tienen que mejorar, ya que los resultados de aceptación muestran todos los factores con muy baja calidad. Lo primero que debería hacer la entidad en este caso, es consolidar una política de promoción y apoyo a la profesionalización de los trabajadores, con la finalidad de que se alcance un mayor nivel de confianza interna teniendo en cuenta que lo que se observa es que la mayoría de los empleados parecen no estar dando respuestas adecuadas a las problemas de los usuarios y estos se sienten insatisfechos con las soluciones brindadas.

## CONCLUSIONES

La primera conclusión importante del estudio tiene que ver con el grado de ajuste que muestra el instrumento empleado en la recolección de la información que fue utilizada para el análisis y la evaluación del nivel de calidad del servicio prestado por el programa de hipertensión de la sede la Plazuela de la Nueva EPS Cartagena.

De acuerdo con el análisis previo realizado en el capítulo 1 donde se hace una revisión bibliográfica de los distintos métodos empleados en el mundo para medición de calidad, de sus usos y las estructuras de los cuestionarios, así como sus escalas de medición y calificación, la escogencia del modelo SERVQUAL, su estructura y la escala de valores resulto ser idónea y adecuada para medir la calidad en la entidad. El grado de ajuste y el nivel de consistencia de la escala de medición usada en el instrumento para evaluar la magnitud de correlación de los ítems con el contenido es alto, brindando gran fiabilidad y validez en los resultado obtenidos.

El análisis descriptivo hecho de los resultados no es un indicador del nivel de calidad observado en el estudio, solo es una medida previa de estudio de las respuestas o las marcaciones hechas por los usuarios, donde se dice cuáles fueron las calificaciones más comunes en cada ítem perteneciente a una dimensión. Tal análisis de una aproximación de cuál puede ser el resultado final, ya que logra evidenciar la concentración del mayor porcentaje de respuestas y si estas están inclinadas más hacia al lado favorable o desfavorable

Evidentemente la concentración de las respuestas en las dos medidas que mayor puntuación positiva dan a cada dimensión consultada resulto ser muy baja a pesar que los porcentajes de acuerdo y poco de acuerdo fueron también bajos, pero los que indicaron ni de acuerdo ni en desacuerdo fueron relativamente altos,

quitándole peso al bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo, calificación que en la sumatoria determina en mayor proporción una calificación positiva en la evaluación de la calidad.

En general el servicio prestado por el programa de hipertensión de la entidad consultada es de baja calidad de acuerdo con las respuestas dadas por los usuarios, todas las dimensiones tuvieron calificaciones que entraba en los rangos de baja calidad. En especial la empatía, criterio que denota capacidad o habilidad para prestar el servicio correctamente a partir del cumplimiento oportuno a las soluciones de los problemas de los usuarios fue la peor calificada.

En todas las dimensiones los usuarios evalúan con puntuaciones bajas la capacidad del programa para darle solución a los problemas que ellos esperan que allí le sean solucionados, también creen concretamente que sus quejas y sugerencias no son tenidas en cuenta y que el nivel de seguridad que les brinda el servicio desde la perspectiva de las soluciones a la solicitud del servicio no tiene calidad, es decir no es por lo menos de baja calidad.

Aunque la evaluación de calidad hecha por los usuarios no sea tan positiva debe rescatarse el hecho de ítems como honestidad y confianza del personal que hace parte de la dimensión de empatía, el trato de los funcionarios que hace parte de la capacidad de respuesta y la tecnología adecuada para el personal que hace parte de los aspectos tangibles, son elementos que pueden ser potenciados para conducir a una mejor percepción de la calidad por parte de los usuarios, ya que ellos no ven muy mal a la institución en estos aspectos.

## BIBLIOGRAFÍA

Abad, D. (2008). El concepto de calidad en la organización y su sentido estratégico. Observatorio de Calidad en Educación.

Alén, M. E., Mazaira, A., & Fraiz, J. (f.s). *Calidad de servicio y satisfacción, ¿antecedente o consecuente?. Su evaluación en el ámbito del turismo terminal*. Universidad de Viago. Facultad de Ciencias Empresariales.

Begaza, J. D. (2006). ¿CÓMO MEDIMOS EL SERVICIO? Lima, Perú: Gestión en el Tercer Milenio, Rev. de Investigación de la Fac. de Ciencias Administrativas, UNMSM (Vol. 9, Nº 18, diciembre 2006).

Briceño, C. (2000). *la calidad del servicio de una IPS de alta complejidad, en su componente 'satisfacción del usuario'*. Revista colombiana de marketing.

British Hipertensión Society (BHS), European Society Hipertensión (ESH) European Society Cardiology (ESC), Sociedad Española de Hipertensión (SEH).

Ciavenato, I. (2008). *Introducción a la teoría general de la administración*. México: Octava edición. Editorial McGraw Hill.

Colmenares, O. A., & Saavedra, J. L. (2007). Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. [En línea], rescatado el 26 de enero 2010 de:<http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>.

Dinero.com. (2009). Hay algo muy mal en el negocio de las gasolineras. pág. Consultado el 12 de abril de 2010.

Durán, S. L. (2011). *Calidad en la Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá, Colombai.

Factores de riesgo para la hipertensión arterial, Benjamín Huerta Robles, 2001, recuperada de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>.

Fedoroff, P. (f.s.). Comparando el desempeño de la calidad del servicio con las necesidades de calidad del servicio del cliente. Descripción de la metodología SERVQUAL de Zeithaml, Parasuraman y Berry. Documento de internet. Fecha de consulta: Diciembre de 2009.

Fernández, E. (2008). *Estadística*. Ciudad Guayana: Documento de internet.

González, A. (2006). Relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor. Su evaluación en el ámbito del turismo termal. Documento de internet. Fecha de consulta: Junio de 2010.

Grönroos, C. (1990). *Marketing y gestión de servicios*. Madrid, España: Díaz de Santos.

Hipertensión arterial en la clínica, Cuauhtémoc Vite. Pág. 11-13, Dr. Francisco Nápoles Rodríguez, José Z. Parra Carrillo, Javier E. García, y Salvador Fonseca Reyes, (2004)

James, P. A., Oparil, S., Barry L. Carter, P., Cushman, W. C., & Cheryl. (2014). *Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en adultos*. JAMA 2014; 311 (5):507-520. doi: 10.1001/jama.2013.284427.

Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica, 174-175, Ed. medica panamericana Antonio Coca, (2009).

Mendoza, J. A. (2003). Medición de la calidad del servicio. Documento de internet. Fecha de consulta: Diciembre de 2009.

Ministerio de Protección Social. (2010). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de*



*adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud . (2000). *Resolución 412.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. (1996). *RESOLUCION NUMERO 3997 DE 1996* . Bogotá, Colombia.

Ministerio de Justicia y del Derecho. (1995). *Decreto 2150 DE 1995.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Protección Social. *Decreto N° 3039/07. Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.* Bogotá, Colombia, 2011

Ministerio de la Protección Social. *Decreto N° 1011/06.* Bogotá, Colombia, 2006

Ministerio de la Protección Social. *Resolución N° 2181/08.* Bogotá, Colombia, 2008

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1994). *Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research.* The Journal marketing. Vol. 58 No.1.

Presidencia de la República. (2001). *Decreto 70.* Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Minas y Energía.

Presidencia de la República de Colombia. (1994). *DECRETO REGLAMENTARIO 1891 DE 1994.* Bogotá, Colombia: Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2, 3, 4, 10, 21 y 22 de la Ley 60 de 1993; y parcialmente el artículo 160 del Decreto ley 1298 de 1994, en cuanto a fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo asociados, Jorge Cifuentes, Guatemala Agosto 2004, Recuperado de <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t294/seccionc9.pdf>

Rincón, H., & Garavito, A. (2004). Mercado Actual de la Gasolina y del ACPM en Colombia e Inflación. *Borradores de economía. Banco de la República. No 287.*

Robledo, M. (2004). *Modelos de medición de la calidad de servicio: su aplicación a empresas de transporte aéreo* . Cuadernos de economía y dirección de empresas, ISSN 1138 - 5758, N° 18.

Rodriguez, A. (f.s). *Calidad en los Servicios de Salud en Colombia desde la Perspectiva del Consumidor: Propuesta de Construcción de una Escala de Medida.*

Rodríguez, V. J. (2003). *Introducción a la administración con enfoque de sistemas.* México: Cuarta edición. Editorial Thomson. .

Sedentarismo y Salud ©2011 Madrid Salud, Diario Médico, obtenido de [http://www.madridsalud.es/temas/sedentarismo\\_salud.php](http://www.madridsalud.es/temas/sedentarismo_salud.php)

The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension. CHEP 2005 (1,2)

Vasquez, I. (2005). *Tipos de estudio.* Gestipolis, Documento de internet, para consultar en: <http://www.gestipolis.com/canales5/eco/tiposestu.htm>.

## ANEXOS

Instrumento de captura de la información piloto sin validación

CONCEPTOS		ITEMS	VALORACIÓN				
A	<b>FIABILIDAD</b>		1	2	3	4	5
	Capacidad o habilidad para prestar el servicio correctamente	1. La Entidad presta el servicio esperado correctamente					
B	<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>	2. Los funcionarios se muestran dispuestos a atender a los usuarios					
	Disposición y voluntad de los funcionarios para atender ágilmente a los usuarios	3. El trato de los funcionarios con los usuarios es considerado y amable					
C	<b>SEGURIDAD</b>	4. El personal está totalmente cualificado para las tareas que tiene que realizar y muestra adaptabilidad a las nuevas tecnologías					
	Inexistencia de dudas o riesgos respecto al servicio prestado, así como sobre la profesionalidad, conocimiento, atención, cortesía y credibilidad en la atención al público	5. Cuando requiero el Servicio, sé que encontraré las mejores soluciones					
D	<b>EMPATIA</b>	6. El personal refleja honestidad y confianza					
	Accesibilidad, tanto en lo	7. Cuando acudo a la entidad ó hago uso de					

	referido a la persona adecuada, así como al horario, el acierto en la comunicación, comprensión y tratamiento de quejas	su servicio, no tengo problema alguno en contactar con la persona que pueda responder a mis demandas					
		8. Considero suficiente el horario de atención establecido al cliente					
		9. Se me informa de una manera clara y comprensible					
		10. La Entidad recoge de forma adecuada las quejas y sugerencias de los usuarios					
E	<b>ASPECTOS TANGIBLES</b>	11. El personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo					
		12. El personal dispone de tecnología adecuada para realizar su trabajo (equipos informáticos y de otro tipo)					
	Recursos materiales, equipos, materiales de comunicación e instalaciones con las que cuenta el personal de la entidad	13. El personal dispone de los medios adecuados de comunicación con otros servicios y unidades para facilitar su labor					
		16. La Entidad se adapta perfectamente a mis necesidades como usuario					
		17. Se han solucionado satisfactoriamente mis demandas en ocasiones pasadas					
		18. La opinión de otros usuarios sobre el servicio es buena					
		19. Como usuario, conozco las posibles					

		soluciones que me ofrece la entidad					
		20. Cuando acudo a la Entidad sé que encontraré las mejores soluciones					

RELIABILITY

/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005  
 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012  
 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017 VAR00018

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Notas		
Resultados creados		12-abr-2016 14:11:57
Comentarios		
Entrada	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos0
	Filtro	<ninguno>
	Peso	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	119
	Entrada matricial	
Tratamiento de los datos perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratarán como perdidos.

	Casos utilizados	Los estadísticos se basan en todos los casos con datos válidos para todas las variables del procedimiento.
	Sintaxis	RELIABILITY /VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017 VAR00018 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Recursos	Tiempo de procesador	00 00:00:00,172
	Tiempo transcurrido	00 00:00:00,378

[Conjunto\_de\_datos0]