

# Las experiencias de consumo del usuario en servicios de cirugía plástica estética en una institución prestadora de servicios de salud en Medellín

Ana Catalina Peláez Osorio

*apelaez4@eafit.edu.co*

## **Resumen**

El turismo de salud en Colombia ha sido llamado a participar activamente en la economía del país, dada la alta calidad de los profesionales médicos y de las instituciones de salud. Adicionalmente, se perfila como uno de los destinos más atractivos de Latinoamérica que ofrecen este tipo de servicios. Evaluar la experiencia de consumo del usuario en servicios de cirugía plástica estética es importante para este campo. El turismo médico es un sector de clase mundial, en el cual Colombia es atractivo y puede competir globalmente. Los objetivos de este estudio serán identificar las etapas percibidas en el proceso, una serie de variables emocionales y racionales que intervienen en la entrega del servicio y los satisfactores de valor que mueven a los pacientes a operarse. La contribución académica será proveer información que puede servir para diseñar experiencias más satisfactorias y agradables en este tipo de servicios. Se propone un estudio exploratorio-evaluativo, donde se harán entrevistas semiestructuradas, haciendo uso del *customer journey map*, o mapa de viaje del cliente, el cual es una de las herramientas heredadas del *service design thinking*, con pacientes que han vivido la experiencia de consumo en servicios de cirugía plástica estética en una institución prestadora de servicios de salud ubicada en la ciudad de Medellín.

## **Palabras clave**

Experiencia de servicio, satisfacción, calidad de servicio, percepción

## **Abstract**

Health tourism in Colombia has been called to actively participate in the country's economy due to the high quality of medical professionals and health institutions. Furthermore, it promises to be one of the most attractive destinies in Latin America offering these types of services. Evaluating the experience of the consumer in aesthetic surgery services is important to this field. Medical tourism is a world-class sector in which Colombia is an attractive venue and has the ability to compete globally. The objectives of this study will be to identify the stages perceived in the process, a series of emotional and rational variables that intervene in the delivery of the service, and the satisfactory values that motivate patients into surgery. The academic contribution will be to provide information that can be used to design more satisfactory and comfortable experiences in these types of services. An explorative-evaluative study is proposed where semi-structured interviews will be undertaken, making use of the "customer journey map" which

is one of the tools inherited from the “service design thinking”, with patients that have lived through the experience of aesthetic surgery services in a health service institution located in the city of Medellin.

***Key words***

Service experience, satisfaction, service quality, perception

## **Introducción**

La cirugía plástica tiene un desarrollo crucial durante la Primera Guerra Mundial, por la gran cantidad de pacientes que había que reconstruir y rehabilitar, y para los cuales la simple amputación no era una solución. Veinticinco años después, una nueva guerra mundial le aportó a la cirugía plástica nuevos casos y desafíos. Después de finalizado el conflicto, se afianzó más la especialidad con la figura de Sir Harold Gillies, padre de la cirugía plástica moderna, quien logró integrar en su ejercicio profesional los principios adquiridos, sacándola del contexto reconstructivo en el que se venía desarrollando, para aplicarlos a las nuevas necesidades que planteaba el devenir histórico, tales como la corrección de pequeños defectos, congénitos o adquiridos, que, si bien no afectaban la salud del individuo, sí le perturbaban en la aceptación de su imagen. Así, a partir de la cirugía reconstructiva se introdujo la cirugía estética, que dio origen a una nueva generación de cirujanos plásticos, que tenían una visión y un horizonte diferentes. De aquí podemos observar, entonces, que la cirugía plástica tiene dos áreas, que son: la cirugía reconstructiva y la cirugía estética. Y aunque la primera dio origen a la segunda, en el momento de su aplicación los principios que las fundamentan son inseparables (Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, s. f.).

La cirugía plástica en Colombia se institucionaliza con la creación de la Universidad Nacional de Colombia, en 1867. En ese momento se formaliza la educación superior en el país y se comienza a enseñar la medicina de manera regular, lo cual da lugar al desarrollo de actividades quirúrgicas institucionales, de las cuales existe literatura que da fe de una serie de procedimientos que se consideran pertenecientes al ámbito de la cirugía plástica. Durante la primera mitad del siglo XX, el desarrollo y evolución de muchas prácticas y saberes de la cirugía plástica se llevaron a cabo

principalmente en el Hospital San Juan de Dios, en Bogotá, cuyo desempeño estaba completamente ligado a la actividad académica de la Universidad Nacional.

La cirugía de nariz es probablemente una de las determinantes de la cirugía estética en Colombia, dado el gran interés que despierta la literatura médica al respecto. En 1955, la Universidad Nacional, mediante Acuerdo del Consejo Académico, reconoce e inicia la normalización de la enseñanza de la cirugía plástica en esta universidad. En los Estados Unidos, también era nueva esta especialidad, ya que solo 10 años antes de la institucionalización de la cirugía plástica en Colombia, unos pocos hospitales universitarios en dicho país, quizás cuatro o cinco, tenían la especialidad organizada como servicio autónomo, lo que indica lo temprano que se comenzó a formalizar y a institucionalizar la cirugía plástica en Colombia (Aguirre, 2011).

El turismo de salud es una de las industrias con más crecimiento en el mundo: 15 millones de norteamericanos se realizarán procedimientos en el exterior en los próximos años. Se espera que entre 6 y 7 millones de estadounidenses reciban tratamientos de salud para 2014. Colombia, por su cercanía geográfica y diferencial en costos con los Estados Unidos, tiene un gran potencial de ser receptor de estos flujos. Colombia es un mercado muy competitivo en precios, pues los costos de un tratamiento varían entre el 25% y el 40% del valor que se registra en Estados Unidos. A su vez, los profesionales se encuentran a la altura de los mejores del mundo y los tiempos de respuesta son más rápidos que en sistemas de cobertura universal, como Canadá por ejemplo (Barriga, Farías, Ruiz, Sánchez y Jiménez, 2011).

Aunque en Colombia este campo de la cirugía aún está en desarrollo, se proyecta como un sector de clase mundial. Según la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica (SCCP), en Colombia se realizan por año no menos de 300.000 cirugías plásticas, que oscilan entre 5 y 7 millones de pesos cada una. En una encuesta realizada por la International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), Colombia pasó del puesto 18, en 2009, al décimo lugar, en 2010, en lo que a realización de procedimientos estéticos a nivel mundial se refiere, quedando como el tercer país que más demanda tiene en América Latina, después de Brasil, que ocupa el segundo lugar (López, 2013). De la totalidad de turistas que ingresaron al país en 2008, cerca del 2,2% lo hizo con el fin de someterse a tratamientos médicos relacionados con cirugías estéticas, bariátricas y

de diseño de sonrisa. Dentro de dicho porcentaje, la gran mayoría son colombianos residentes en el exterior, que se convierten en el mejor referente de calidad (Proexport Colombia, s. f.).

Particularmente, en Medellín, en 2009 se inauguró el Clúster Servicios de Medicina y Odontología, llamado Medellín Health City. Los logros que durante ese año obtuvo el clúster, en cuanto a turismo de salud se refiere, han sido muy importantes para el sector, puesto que se creó el primer portafolio internacional unificado de prestación de servicios de salud, conformado por entidades de salud y por empresas del sector turismo, como hoteles, transportadores, agencias de viajes y aerolíneas, entre otros. Todo esto apoyado por la Alcaldía de Medellín y la Cámara de Comercio (Barriga, et ál., 2011). El clúster obtuvo un crecimiento superior al 40% entre 2011 y 2012, con un número de atención superior a los cinco mil a pacientes internacionales (Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, s. f.).

La autora del presente trabajo de investigación, motivada por el potencial que tiene Colombia – particularmente Medellín– para participar en un *Sector de Clase Mundial*<sup>1</sup> como es el turismo médico, evaluará las experiencias de consumo de la muestra seleccionada para tal fin, en los servicios de cirugía plástica estética en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Medellín, para lo cual se revisarán conceptos como satisfacción, experiencia de servicio y calidad de servicio percibida, y se tendrá en cuenta tanto la mirada holística de todo el proceso como la percepción que tiene el usuario cuando vive la experiencia de consumo. Para conocer sus experiencias de consumo, se les formulará la siguiente pregunta, que permite abordar la situación de estudio anteriormente descrita: ¿Cuáles son las etapas, las variables racionales y emocionales, y los satisfactores de valor percibidos por los usuarios en experiencias de consumo en servicios de cirugía plástica estética que permiten evaluar dicha experiencia?

Por lo anterior, se pretende como objetivo general evaluar la experiencia de consumo del usuario en servicios de cirugía plástica estética en una institución prestadora de servicios de salud en

---

<sup>1</sup> Un Sector de Clase Mundial es un sector de alta demanda en la economía global. El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (MCIT) identificó que Colombia puede desarrollar sectores de clase mundial mediante la formulación y ejecución de planes de negocio sectoriales tales como: impulsar el desarrollo de sectores nuevos y emergentes (como tercerización de procesos, cosméticos y artículos de aseo, software y tecnología de información y turismo de salud), estimular la producción de sectores establecidos (como autopartes y vehículos; industria y comunicación gráfica; textiles, confecciones, diseño y moda y energía eléctrica) y promover valor agregado, innovación y desarrollo en sectores agro (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, s. f.).

Medellín, con el propósito de entregar información que pueda ser usada en el diseño de la experiencia de entrega del servicio, haciendo uso de un estudio exploratorio-evaluativo, en el marco de los objetivos específicos, que permitirá identificar las etapas, las variables racionales y emocionales y los satisfactores de valor percibidos por los usuarios durante el tiempo en que recibe el servicio.

El turismo de salud es importante no solo porque pertenece a uno de los *Sectores de Clase Mundial*, sino porque es un sector que tiene alta demanda en la economía global. En Colombia, además de haber sido calificado como de clase mundial, ha sido llamado a participar activamente en la economía del país, dada la alta calidad de los profesionales médicos y de las instituciones de salud. Es por esta razón que Colombia tiene grandes oportunidades de crecer y mejorar la competitividad del sector. En virtud de que este estudio se dirige a la evaluación de la experiencia de consumo del usuario en servicios de cirugía plástica estética, es importante entonces, que los profesionales de este gremio puedan considerar las opiniones y los satisfactores de valor de los pacientes, para dirigir de manera adecuada la consulta, el proceso quirúrgico, el post-operatorio y disponer de información con la que puedan diseñar parte de la experiencia de entrega del servicio, para obtener usuarios más satisfechos y tener la posibilidad de proporcionarles experiencias de servicio más agradables y recordadas.

Para tratar de entender las experiencias de consumo del usuario en servicios de cirugía plástica, se revisarán conceptos muy importantes, tales como experiencia y calidad de servicio, satisfacción y expectativas. A continuación, se presentará el cuerpo del trabajo metodológico, donde se describen las herramientas usadas en el trabajo de campo y su aplicación y producción para la obtención de los datos. Las herramientas son básicamente dos: la primera es heredada del *service design thinking*, y es el *customer journey map*, y la segunda es la rueda de las emociones de Plutchik, usada para evitar la dispersión en la identificación de las emociones. Luego se presentarán: el análisis, la interpretación de los datos y, por último, las conclusiones obtenidas de la investigación.

## Marco conceptual

### Experiencia de servicio

Dada la intangibilidad de los servicios, estos se adquieren de manera diferente a como sucede con los bienes o productos, porque mientras estos últimos pueden ser probados por los clientes antes de tomar la decisión de compra, con los servicios el conocimiento se adquiere mediante la experiencia al recibirlos. En conclusión, cuando un consumidor compra un servicio, de hecho está comprando una experiencia que le proporciona un paquete de beneficios, por medio de una experiencia que ha sido creada para el usuario (Hoffman y Bateson, 2002).

El consumo de los servicios se presta generalmente donde estos se producen, y la interacción entre los consumidores y los prestadores del servicio y(o) personal de contacto es algo común y frecuente. Por esta razón, el efecto que sus prestadores tienen sobre la experiencia del servicio puede ser muy profunda y recordada. Un modelo sencillo (modelo de servucción) explica de manera clara los factores o elementos que influyen en la experiencia del servicio. Estos elementos son: el contexto inanimado (por ejemplo las características inertes que están presentes durante el encuentro con el servicio); los prestadores del servicio y el personal de contacto; otros clientes, y la organización y los sistemas invisibles (reglas, reglamentos y procesos que son la base de la organización). Este modelo demuestra que, a diferencia de los bienes, los consumidores forman parte integral del proceso de producción del servicio (Hoffman y Bateson, 2002).

A la hora de diseñar experiencias de servicio es importante tener en cuenta las características distintivas de los servicios. Estas características afectan en gran medida el diseño de la experiencia misma. Estas son: 1) *intangibilidad*: dado que es difícil explicar el contenido del servicio y administrar la evidencia, la tarea del proveedor del servicio es, entonces, hacer visible lo invisible, de tal forma que los clientes puedan hacer inferencias sobre el nivel de calidad del servicio a partir del lugar donde se presta el mismo, el personal de contacto, etc., y tratar de reducir la incertidumbre; 2) *inseparabilidad*: los servicios son generalmente producidos y consumidos de manera simultánea, y la interacción entre el proveedor del servicio y el cliente es

una característica especial en los servicios; 3) *variabilidad*: la calidad de los servicios es altamente variable, ya que depende del proveedor, del tiempo y del lugar donde se ofrecen; por esta razón, se debe tratar al máximo de estandarizar los procesos, y 4) *caducidad*: la caducidad de los servicios puede ser un problema cuando hay fluctuaciones de la demanda. La gestión de la demanda o de la producción del servicio es muy importante, es fundamental garantizar el servicio a los clientes adecuados, en el momento y lugar oportunos y a los precios justos (Kotler y Keller, 2012).

Las experiencias de servicio deberían estar basadas en lo que el cliente valora. Cuando se logra entender esto, las organizaciones pueden diseñar y definir experiencias de servicio consistentes e intencionales, que, además, estén basadas en lo que realmente valora el cliente. Botero (2005) afirma:

La experiencia del cliente es la consistencia entre la conexión emocional de la relación que se tiene con una marca y la relación racional que se encuentra cuando se interactúa con la compañía. Es la consistencia entre lo que una empresa dice ser y lo que hace (p. 11).

Grönroos (citado por O'Neill & Palmer, 2003) afirma que la experiencia de servicio de un consumidor depende de dos dimensiones claves, llamadas calidad técnica y calidad funcional. La primera, hace referencia al resultado del servicio, y la segunda, a la forma como el servicio ha sido entregado. La calidad técnica puede ser copiada, mientras que la calidad funcional, por el contrario, puede ser usada para crear ventajas competitivas y centrarse en la relación con los clientes. La calidad técnica es necesaria, pero no es una condición suficiente para garantizar alta calidad en el servicio<sup>2</sup>.

Las experiencias son fundamentales para entender la percepción de los clientes acerca de la calidad de un servicio. Las percepciones del consumidor acerca de la calidad de un servicio en particular pueden ser influenciadas en cierto grado por experiencias anteriores, y es probable que

---

<sup>2</sup> El anterior párrafo es traducción en parafraseo, por parte de la autora, tomado de O'Neill & Palmer (2003): Grönroos (1983): "Who proposes that the customer's experience of the service depends on two key dimensions, namely technical and functional quality: (1) Technical quality refers to the result of service (...) (2) Functional quality on the other hand refers to the way the service has been delivered (...) Technical solutions, however, are easily copied. Functional quality, in contrast, can be used to create a competitive edge by focusing on staff-customer relations (...) Grönroos (1983) argues that technical quality is a necessary, but not sufficient, condition for high quality service" (p. 188).

esas últimas tengan algo de relevancia en cualquier cambio de percepción en el futuro.

Adicionalmente, se ha encontrado que la inexperiencia frente a un servicio en particular puede limitar la dimensión de calidad, la cual es implícita en las evaluaciones de los clientes<sup>3</sup> (O'Neill & Palmer, 2003).

Palmer (2010) afirma que el concepto de experiencia del cliente presenta ambigüedades y retos para los administradores y académicos. Adicionalmente, menciona que cierta parte de la literatura acerca del comportamiento del consumidor, que se basa en aprender a través de la experiencia y que se centra en lo predecible, es desafiada por la noción de experiencia del cliente, concibiéndola como un fenómeno novedoso y hedonista. Adicionalmente, la administración de las experiencias del cliente es un fenómeno transitorio, ya que estas después de ser vividas pierden su novedad; a cambio de esto, los directivos de las organizaciones deben pensar y ser capaces de administrar “torrentes” de experiencias para lograr ventajas competitivas sostenibles en el tiempo<sup>4</sup>.

### **Satisfacción y calidad de servicio**

Giese & Cote (2002) explican que la literatura contiene diferencias significativas en la definición de satisfacción, pero que todas las definiciones comparten tres elementos generales: el primero, es que la satisfacción es una respuesta (emocional o cognitiva); el segundo, es que la respuesta hace referencia a algo en particular (expectativas, productos, experiencias de consumo, etc.), y la

---

<sup>3</sup> El anterior párrafo, tomado de O'Neill & Palmer (2003), es traducción en parafraseo por parte de la autora: “Consumer perceptions of service quality may to a large extent be influenced by the degree of prior experience the consumer has or acquires in relation to a particular service product. Not surprisingly, the degree of prior experience with a particular service provider, type of service provided or particular attribute of service should also have some bearing on the extent of any perceptual change over time. (...) This research is consistent with these findings and suggests that inexperience may limit the dimensionality of quality, which is implicit in consumers’ evaluations.” (p. 193).

<sup>4</sup> La anterior idea, tomada de Palmer (2010), es traducción en parafraseo por parte de la autora: “The concept of customer experience presents ambiguities and challenges for managers and academics alike. A whole body of literature on consumer behavior, which has been based on learning through experience, leading to a predictable and learned response, is challenged by the notion of experience as an essentially hedonistic and novel phenomenon. The lack of a learned and predictable response implies that experience is a transitory phenomenon. By implication, a specific experience on its own is incapable of giving a service a competitive advantage, because next time that it is encountered, some of its novelty value will have been lost. Instead, it is more appropriate for managers to think about how a stream of experiences will develop over time in order to achieve a sustainable competitive advantage.” (p. 204).



tercera, es que la respuesta ocurre en un momento particular (después del consumo, después de la elección, basada en una experiencia acumulada, etc.)<sup>5</sup>.

En términos generales, la definición de satisfacción más aceptada dice que se trata de una comparación entre las expectativas de los consumidores y el desempeño percibido. Churchill & Surprenant (1982) afirman: “La satisfacción es un resultado de la compra y del uso obtenido de la comparación del comprador de los beneficios y costos en relación con las consecuencias esperadas” (p. 493)<sup>6</sup>. Esta comparación se funda en el modelo de la desconfirmación de expectativas<sup>7</sup>. En resumen, si lo que perciben los consumidores del servicio recibido cumple con sus expectativas, entonces, se dice que estas han sido confirmadas, y el cliente estará satisfecho. Si las percepciones y las expectativas no son iguales, se dice que las expectativas han sido desmentidas. Existen dos tipos de desmentidos: el primero es el desmentido negativo, y ocurre cuando las percepciones de los clientes están en realidad por debajo de sus expectativas. Con esto se obtienen clientes insatisfechos y malas experiencias en el servicio. El segundo es el desmentido positivo, y ocurre cuando las percepciones están por encima de las expectativas de los clientes y dan como resultado la satisfacción de los mismos (Hoffman y Bateson, 2002). Los consumidores con frecuencia hacen uso de este modelo comparando la percepción de los productos y(o) servicios recibidos con sus expectativas y, de acuerdo con esto, emitiendo juicios de satisfacción o insatisfacción.

Muy relacionado con el concepto de satisfacción está el de calidad de servicio. Estos dos constructos tienden a confundirse. Torres, Manzur, Hidalgo y Barra (2008) explican que la calidad del servicio y la satisfacción pueden ser vistos como dos conceptos diferentes y que la

---

<sup>5</sup> El anterior párrafo es una traducción por parte de la autora tomada de Giese & Cote (2002): “While the literature contains significant differences in the definition of satisfaction, all definitions share some common elements. When examined as a whole, three general components can be identified: 1) consumer satisfaction is a response (emotional or cognitive); 2) the response pertains to a particular focus (expectations, product, consumption, experience, etc.); and 3) the response occurs at a particular time (after consumption, after choice, based on accumulated experience, etc.)” (p. 1).

<sup>6</sup> La anterior definición es una traducción hecha por la autora tomada de Churchill & Surprenant (1982): “Conceptually, satisfaction is an outcome of purchase and use resulting from the buyer’s comparison of the rewards and costs of the purchase in relation to the anticipated consequences.” (p. 493).

<sup>7</sup> El modelo de la desconfirmación de expectativas se basa en el paradigma de la desconfirmación, el cual sostiene que la satisfacción está relacionada con la magnitud y la dirección de la experiencia de desconfirmación, donde la desconfirmación se relaciona con las expectativas iniciales de la persona. La desconfirmación surge de la discrepancia entre las expectativas anteriores y el desempeño actual. El efecto de la magnitud de la desconfirmación genera satisfacción o insatisfacción. (Churchill & Surprenant, 1982, p. 492)

calidad del servicio percibido por los clientes es, en efecto, un factor que determina a la satisfacción de manera directa y positiva. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) describen: “La calidad del servicio percibido es un juicio global o una actitud relacionada con la superioridad del servicio, mientras que la satisfacción se relaciona con una transacción específica” (p. 16)<sup>8</sup>. Es por esta razón que muchas organizaciones diseñan las encuestas para medir los niveles de satisfacción de sus clientes basándose en preguntas sobre la calidad del servicio ofrecido.

El estudio y los principales conceptos y pilares sobre la calidad del *servicio en servicios* de salud comenzaron con los trabajos de Avedis Donabedian. Donabedian (1988) afirma que existen dos elementos básicos que se deben tener en cuenta para entregar un servicio de calidad en el área de cuidados médicos. El primero de ellos es el *desempeño técnico*, y depende del conocimiento que tiene el profesional para seleccionar estrategias apropiadas en el cuidado del paciente y la habilidad para implementar dichas estrategias. Este desempeño técnico se consigue cuando el profesional se destaca por encima del promedio por ser capaz de entregar la mejor solución al paciente, con la ayuda de la ciencia y la tecnología. El segundo elemento es el *desempeño interpersonal*, y es de vital importancia, dado que, a través del intercambio médico-paciente, este último proporciona la información necesaria para llegar al diagnóstico y a los métodos más apropiados para la solución. A través del contacto interpersonal, también se pueden conocer las expectativas individuales y sociales del paciente, y si estas ayudan o hacen más difícil el desempeño técnico del médico. Este segundo elemento es muy importante, y con frecuencia es ignorado en las evaluaciones de calidad del servicio en salud<sup>9</sup>. Si bien el anterior concepto es válido y concebido desde un punto de vista muy técnico, ignora la percepción de los pacientes en cuanto al servicio que se les ofrece, lo cual es contrario a lo que describe la literatura sobre

---

<sup>8</sup> La anterior definición es traducción de la autora tomada de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988): “(...) perceived service quality is a global judgment, or attitude, relating to the superiority of the service, whereas satisfaction is related to a specific transaction.” (p. 16).

<sup>9</sup> El anterior texto es una traducción en parafaseo por parte de la autora tomada de Donabedian (1988): “There are two elements in the performance of practitioners: one technical and the other interpersonal. Technical performance depends on the knowledge and judgment used in arriving at the appropriate strategies of care and on skill in implementing those strategies. (...) This means that the goodness of technical care is proportional to its expected ability to achieve those improvements in health status that the current science and technology of health care have made possible.” (p. 1743). (...) “The management of the interpersonal relationship is a vitally important element. Through the interpersonal exchange, the patient communicates information necessary for arriving at a diagnosis, as well as preferences necessary for selecting the most appropriate methods of care.” (p. 1744).

satisfacción y calidad de servicio, en donde se deben considerar las percepciones de los consumidores.

El modelo que tiende a ser el más dominante para medir la calidad del servicio es la escala SERVQUAL, que se basa en juicios comparativos entre las expectativas y el desempeño percibido, valorando de esta manera la brecha que se produce entre ellos. Este modelo identifica cinco dimensiones de calidad de servicio: elementos tangibles (como equipo y apariencia del personal); fiabilidad (cumplimiento y consistencia del servicio ofrecido); capacidad de respuesta (disposición para ayudar a los clientes de manera rápida); seguridad (inspirar confianza y confidencialidad), y empatía (cuidados y atención individualizada) (Parasuraman, et ál., 1988). Si bien la escala SERVQUAL es una de las más usadas en el mundo, existen autores como Carman (1990), el cual sugiere verificar la confiabilidad y la validez de esta escala y no usarla como una medida genérica válida de la calidad de servicio percibido, para cualquier situación de servicio. Este autor no solo cuestiona la cantidad y la generalidad de las dimensiones que propone esta escala, sino también si estas se pueden ajustar a cualquier situación de servicio, si es válido analizar las diferencias entre expectativas y percepciones y el que no se adapte a las distintas realidades culturales de cada zona geográfica. Las dimensiones de la calidad en servicios de salud tanto en el contenido como en la cantidad, varían según los autores: en el enfoque, en la metodología, en el tiempo y en el tipo de institución donde se realiza el estudio. Se presentan dimensiones que varían desde la empatía, la confiabilidad, el respeto, la urgencia y cuidado del paciente, la comunicación, elementos tangibles entre otras; hasta otras como el precio y la experiencia (Losada y Rodríguez, 2007).

Edvardsson & Mattsson (1993) sugieren otra forma muy interesante de medirla, y es un método basado en la experiencia del cliente, que genera aspectos cualitativos de las experiencias de servicio. Estos autores aseguran que los procedimientos para este fin deben ser cualitativos, y no cuantitativos, y centrarse en medir la experiencia de servicio completa y en enfatizar en la mirada holística de todo el proceso. El *material verbal* que entregan los consumidores puede ser usado para obtener e interpretar los datos del proceso de la experiencia. Los datos que se obtienen de las experiencias de los consumidores se pueden representar en tres aspectos cualitativos: el primero es el “orador”, que es quién está realmente hablando (la organización, el individuo o

alguien más); el segundo es el “objeto” de la experiencia, que es la clave del contenido del material verbal, es la explicación del proceso de servicio experimentado como un todo, y el tercero es la “perspectiva”, que es la forma que el orador adopta hacia el objeto. Estas perspectivas pueden ser emocionales, prácticas o lógicas<sup>10</sup>.

También se ha encontrado que la satisfacción y la insatisfacción poseen elementos cognitivos o racionales y elementos emocionales que se exponen cuando los clientes se someten a las experiencias de servicio. Liljander & Strandvik (1997) sugieren que, mientras la evaluación sobre calidad de servicio puede ser considerada como un proceso cognitivo y racional —donde los clientes evalúan lo bueno y lo malo de los diferentes componentes del servicio recibido o simplemente comparan el desempeño del servicio con algún estándar predeterminado—, se cree que la evaluación de la satisfacción contiene adicionalmente una dimensión afectiva y emotiva, sin la cual las respuestas de los clientes no podrían ser explicadas<sup>11</sup>. La administración de las emociones debería entonces ser seriamente considerada en el momento de diseñar experiencias de servicio, donde las emociones positivas se graven como un registro, y de esta manera los clientes desarrollen una relación profunda con la marca y con el servicio ofrecido.

La satisfacción también es generalmente tratada como un concepto post-consumo, porque la interacción objeto-sujeto o servicio-sujeto es indispensable para que los clientes puedan emitir sus juicios de satisfacción (Roest & Pieters, 1997). Adicionalmente, Cadotte & Jenkins aseguran que los juicios sobre la calidad del servicio percibido son generalmente tratados como juicios relativos (Cadotte & Jenkins, 1987, en Roest & Pieters, 1997). La satisfacción del cliente también se puede considerar de dos formas básicas: como un “resultado” de la experiencia de

---

<sup>10</sup> El anterior texto es una traducción parafraseada por parte de la autora, tomada de Edvardsson & Mattsson (1993): “To interpret the verbal materials a simple model of analysis was used. It depicts three different qualitative aspects of the actor’s experiences. First, who is really the ‘speaker’ in the text? Is it the organization, the individual or somebody else? Second, the ‘object’ of the experience (account) is the core content of the verbal material (the experienced service process as a whole). Third, an object is always regarded from a certain ‘perspective’, which is the qualitative aspect that a speaker adopts towards an object. We have chosen the foundations of philosophical value theory to distinguish between three types of perspective: emotional, practical and logical.” (p. 293).

<sup>11</sup> El anterior texto es una traducción por parte de la autora, tomada de Liljander & Strandvik (1997): “Customers’ evaluation of service quality can be described as a cognitive process where customers consider the goodness/badness of different components of the service, either by evaluating the perceived service performance only, or by comparing the service performance with some predetermined standard. Satisfaction, on the other hand, is believed to contain an affective dimension too, without the customers’ responses cannot be fully accounted for.” (p. 148).

consumo o como un “proceso” que enfatiza en lo perceptual y en los procesos de evaluación de los clientes (Vavra, 1997).

## **Expectativas**

No hay consenso acerca de la definición de expectativas; sin embargo, en la literatura de *marketing* se hace referencia a ellas de manera profunda cuando se define calidad de servicio y satisfacción del consumidor, pero esas definiciones acerca de expectativas pueden oscilar entre ser deseos subjetivos y predicciones objetivas (Johnson & Mathews, 1997).

Las expectativas juegan un papel muy importante en el tema de satisfacción. Cardozo (citado por Olavarrieta, Gutiérrez y Zárate, 1999) afirma que esta se ve influenciada por el esfuerzo realizado para adquirir el producto y por las expectativas del consumidor. Las expectativas son, entonces, una variable que explica el proceso de satisfacción. Cuando el desempeño del producto no cumple con las expectativas del cliente, el consumidor presenta un nivel de satisfacción más bajo que cuando el desempeño del producto iguala o supera las expectativas (primeros indicios del modelo de desconfirmación de expectativas).

Oliver (1980), uno de los autores más citados en temas de satisfacción, sugiere que las expectativas fijan un estándar de desempeño del producto o servicio, proporcionando un marco de referencia para los juicios de evaluación que hacen los clientes. La satisfacción del cliente es entonces una función de las expectativas iniciales y de la desconfirmación de las mismas y, adicionalmente, puede influenciar el cambio de actitud y la intención de compra<sup>12</sup>.

Las expectativas cambian dependiendo del tipo de industria y del contexto cultural.

Raajpoot (citado por Vera y Trujillo, 2009) afirma:

Las expectativas del cliente hacia la calidad del servicio varían de forma importante dependiendo de la formación cultural ya que, aunque se encuentre en un mismo tipo de industria, la percepción

---

<sup>12</sup> El anterior párrafo es una traducción parafraseada por parte de la autora, tomada de Oliver (1980): “Specifically, expectations are thought to create a frame of reference about which one makes a comparative judgment. A model is proposed which expresses consumer satisfaction as a function of expectation and expectancy disconfirmation. Satisfaction, in turn is believed to influence attitude change and purchase intention.” (p. 460).

de sentirse bien atendidos responde en muchos casos a elementos regionales de idiosincrasia, tendiendo hasta cierto punto a darse concepciones particulares de lo que se entiende por calidad de servicio (p. 17).

Zeithaml, Bitner & Gremler (2006) afirman: “Las expectativas del cliente son creencias sobre la entrega del servicio que sirven como estándares o puntos de referencia en contra del desempeño que es juzgado” (p. 81). Adicionalmente, sugieren que el conocimiento profundo de las expectativas de los clientes son la principal etapa, y posiblemente las más crítica cuando se desea entregar servicios de alta calidad.

El nivel de expectativas puede variar profundamente, y esto depende de los puntos de referencia de los clientes y de sus percepciones. Existen dos niveles de expectativas: el más alto, llamado *Servicio deseado*, es la mezcla que el cliente cree que “puede ser” o que “debería ser”. Este nivel de expectativas refleja las esperanzas y deseos de los clientes, y el nivel más bajo, llamado *Servicio aceptable*, es aquel nivel donde el cliente simplemente acepta el servicio que se le entrega. Una de las grandes preguntas acerca de las expectativas en temas de servicio es entender si los clientes tienen los mismos niveles de expectativas, o son diferentes, para compañías que pertenecen a la misma industria (Zeithaml, et ál., 2006).

Johnson & Mathews (1997) manifiestan que las evaluaciones de los clientes sobre calidad del servicio son influenciadas por las propias expectativas. Como consecuencia de esto, ha nacido una oportunidad para los gerentes de mercadeo, y es la de administrar estas expectativas. Pitt & Jeantrout piensan que, más allá de ser grupos de consumidores que comparten expectativas similares, estos grupos pueden proveer información valiosa para estrategias de segmentación de mercado. Usando las expectativas en segmentación, se puede dirigir la calidad del servicio diseñado a niveles de expectativas pertinentes, asegurando que la calidad vaya al consumidor adecuado (Pitt & Jeantrout, 1994, en Johnson & Mathews, 1997)<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> El anterior texto es una traducción de la autora, tomado de Johnson & Mathews (1997): “Further, groups of consumers who share similar expectations ‘might provide insight into possible market segmentation strategies’. By using expectations in segmentation, marketers can ‘match’ quality to relevant expectation levels, ensuring the right quality goes to the right customer.” (p. 290).

Aunque el modelo de desconfirmación de expectativas continúa dominando las prácticas administrativas, existen estudios que afirman que este modelo no determina la satisfacción de los clientes. En particular, La Tour & Peat sugieren que el no considerar “los deseos” de las personas acerca de un producto o servicio puede llevar a incongruencias lógicas (La Tour & Peat, 1979, en Olavarrieta, et ál., 1999). Se encuentra entonces en la literatura el término “deseos” como los atributos, niveles de atributos y beneficios que un consumidor quisiera obtener y que están conectados con los más altos niveles de valores. Los deseos consisten en anhelar los satisfactores específicos para las necesidades más profundas, y pueden ser influenciados por fuerzas sociales e instituciones y, adicionalmente, pueden ser comparables con la percepción del desempeño (Kotler, 1994).

### **Calidad de servicio percibida**

Grönroos (2001) afirma que el consumidor percibe dos dimensiones cuando evalúa la calidad percibida. La primera es la dimensión técnica, y se refiere la percepción que tiene el consumidor del resultado de un proceso o la calidad del resultado, y la segunda, es la dimensión funcional, y es cómo el cliente percibe el funcionamiento del proceso<sup>14</sup>.

Existe consenso en tres aspectos fundamentales sobre calidad percibida. En primer lugar, la calidad percibida es un juicio personal y subjetivo, una actitud del consumidor hacia el servicio recibido y referida a su superioridad o excelencia. En segundo término, esa percepción de calidad depende de ciertos atributos que son específicos a cada tipo de servicio. Y tercero, las investigaciones sobre calidad de servicio deben basarse únicamente en medidas de percepción del consumidor y no de la diferencia entre percepciones y expectativas, ya que en la propia evaluación de las percepciones se produce una comparación implícita con las expectativas que cada consumidor genera a priori (Martínez y Martínez, 2009).

---

<sup>14</sup> El anterior texto es una traducción parafraseada por parte de la autora, tomada de Grönroos (2011): “The consumer perceives *what* he or she receives as the outcome of the process in which resources are used, i.e. the *technical* or outcome quality of the process. But he or she also, and often more importantly, perceives how the process itself functions, i.e. the *functional* or process quality dimension.” (p. 151).

Si bien no toda la literatura relacionada con el *marketing* de servicios está incluida, los conceptos presentados permiten en cierto grado enmarcar, describir y explicar el problema de investigación abordado acerca de la evaluación de la experiencia de consumo del usuario, en servicios de cirugía plástica estética y, adicionalmente, permitirán la interpretación de los datos.

## **Metodología**

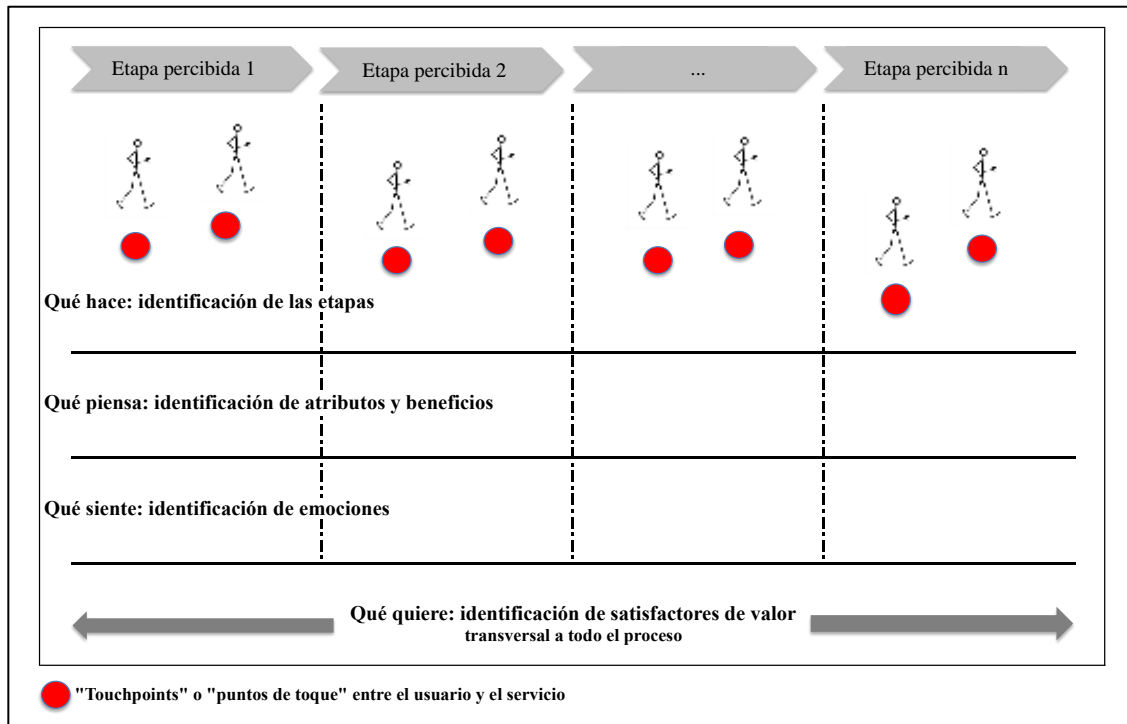
### **Herramientas que se utilizaron para acopiar la información en el trabajo de campo**

La información se recopiló a través de entrevistas utilizando una de las herramientas heredadas del *service design thinking*, y es el *customer journey map*. Se trata de un mapa que muestra las etapas que sigue el cliente al relacionarse con el servicio, de principio a fin. En él se identifican los *touch points*, o “puntos de toque”, y es donde los usuarios interactúan con el servicio y permiten construir de manera estructurada la historia del cliente basada en su experiencia. Los puntos de toque no son necesariamente una etapa; es decir, que en una etapa pueden encontrarse varios puntos de toque, o no tener ninguno. Las historias que narran los clientes de la interacción con el servicio revelan detalles tanto racionales como emocionales. Adicionalmente, esta herramienta entrega un resumen valioso de los factores que influyen en la experiencia del usuario, construido desde la perspectiva del cliente. Con la elaboración de varios mapas, es viable comparar diferentes experiencias de consumo, ya que estos utilizan un lenguaje visual similar que facilita la comparación rápida entre mapas (Van, et ál., 2010).

Para la recopilación de la información durante las entrevistas, y teniendo en cuenta las ideas sobre cómo obtener información de los usuarios de servicios que ofrece una herramienta como un *customer journey map*, se usó un formato como el que se muestra en el gráfico 1.



**Gráfico 1.** Formato para las entrevistas basado en un *customer journey map*



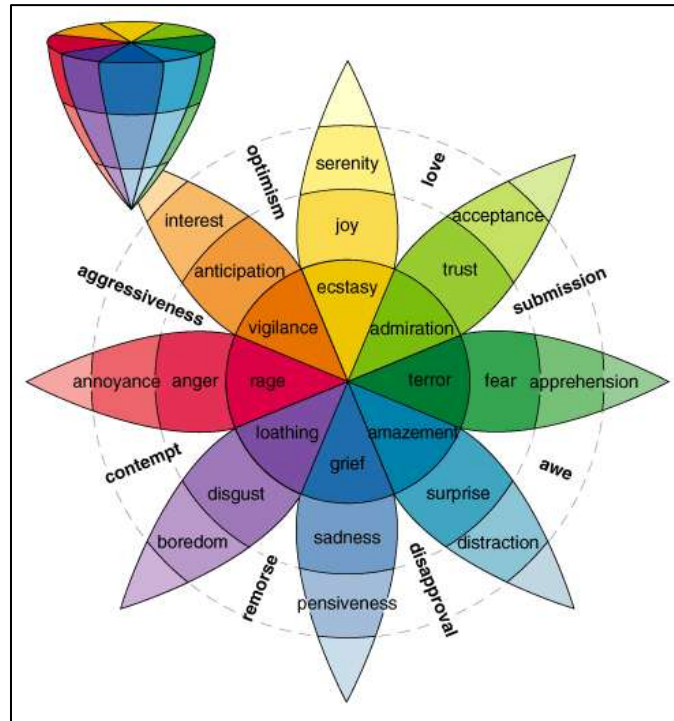
Fuente: Elaboración propia, 2013.

Otra herramienta que se usó es la rueda de las emociones de Plutchik<sup>15</sup>. Este es un instrumento que sirvió para describir diferentes emociones y evitar la dispersión por parte de los usuarios del servicio que son sujetos del estudio. Según Plutchik las emociones se pueden clasificar en ocho sectores. Sus posiciones en el gráfico 2 siguen un orden específico, de tal forma que emociones adyacentes (como por ejemplo miedo y sorpresa) sean funcionalmente similares y las opuestas (como por ejemplo miedo y rabia) sean funcionalmente opuestas. Las emociones primarias pueden ser expresadas en diferentes intensidades, la emoción es más fuerte en la medida que se

<sup>15</sup> Robert Plutchik desarrolló una teoría sobre emociones basada en una clasificación de las mismas. Esta es una de las más utilizadas para entender las respuestas emocionales de las personas. Plutchik utilizó una perspectiva evolutiva y destaca la importancia del rol de las emociones para mejorar las oportunidades de sobrevivencia de cualquier organismo (Richins, 1997).

acerque al centro. Las emociones primarias también pueden mezclarse para formar emociones secundarias más complejas<sup>16</sup>. Esta herramienta se muestra en el gráfico 2.

**Gráfico 2.** Rueda de las emociones de Plutchik



Fuente: Zurawicki, 2010.<sup>17</sup>

### Aplicación de la herramienta

Se seleccionaron ocho pacientes mujeres que se habían sometido a diferentes cirugías plásticas estéticas en la misma institución prestadora de servicios de salud, en la ciudad de Medellín, y que habían sido operadas por el mismo cirujano plástico. Después de 8 usuarios entrevistados, las

<sup>16</sup> El anterior texto es una traducción parafraseada por parte de la autora, tomada de Zurawicki (2010): “Following Plutchik’s classification, emotions are arranged in eight sectors. Their position in the scheme follows a specific order so that the adjacent emotions (e.g. fear and surprise) are functionally similar and the juxtaposed emotions (e.g. fear and anger) are functionally opposite. Accordingly, primary emotions can be expressed at different intensities – the stronger the intensity, the closer to the center of the graph it is located. They can also mix with one another to form more complex secondary emotions.” (p. 38).

<sup>17</sup> Gráfico disponible en: <http://dragonscanbebeaten.files.wordpress.com/2010/06/plutchiks-wheel-of-emotions.gif>

experiencias comenzaron a ser similares, dado que hacían parte del mismo proceso. En este tipo de investigación era más importante la profundidad en el análisis que la cantidad de personas por entrevistar. Se utilizó un muestreo no probabilístico, donde la selección de la muestra fue no aleatoria. Los pacientes entrevistados se seleccionaron de acuerdo con el criterio del cirujano y del investigador, teniendo en cuenta los casos más interesantes –como algún tipo de cirugías, o aquellas cirugías que fueron más invasivas y, por lo tanto, más traumáticas para los pacientes–. Adicionalmente, la disponibilidad de tiempo de los usuarios del servicio también fue un factor importante para la selección de la muestra, ya que las entrevistas tuvieron un tiempo aproximado entre una hora y media y dos horas.

Los pacientes entrevistados se citaron previamente, solicitándoles reservar aproximadamente dos horas de su tiempo. Al comienzo de la entrevista se les confirmó un incentivo que iba a ser otorgado al final de la sesión, como una cortesía por la concesión del tiempo de cada uno de ellos. A cada usuario se le pidió que contara su experiencia o su historia acerca del servicio que había recibido, y se le solicitó que se concentrara en las etapas percibidas durante todo el proceso, en las expectativas sobre el servicio en general y en las emociones que había sentido.

Utilizando el formato para dichas entrevistas, se registró la información básicamente en tres posiciones. En la primera capa está la información del *qué hace*, y está relacionada con todo el proceso, con las fases que cada paciente ejecutó para llegar al servicio en cuestión. En este punto se identificaron las etapas percibidas por los usuarios; inclusive se abordaron momentos del pasado de los usuarios, para entender las motivaciones, de cada paciente en particular, para iniciar la experiencia de consumo de las cirugías plásticas. Por ejemplo, en algunos casos la planeación o el deseo de operarse comenzó desde la adolescencia. En su mayoría, los entrevistados argumentaron que no se sentían a gusto con su apariencia corporal. En esta primera parte fue muy importante identificar los puntos de toque entre el usuario y el servicio; estos permitieron construir la historia de cada paciente y revelar detalles del servicio entregado.

En la segunda capa se registró la información del *qué piensa*. Esta se refiere a todas las expectativas que tenían los pacientes cuando accedieron al servicio. En este punto fue posible evidenciar todos aquellos atributos y beneficios del servicio valorados por los usuarios, tales como ambientación, acompañamiento del cuerpo médico, explicación sobre los procedimientos, calidez en la atención, entre otros.

En la tercera capa se registró toda la información del *qué siente*. Esta hace referencia a todo aspecto emocional de la experiencia. En particular se identificaron emociones y elementos que desencadenaron tales emociones. Entre otras, se identificaron aspectos físicos y empleados. En esta capa se utilizó como herramienta de recolección de datos la rueda de las emociones de Plutchik, con el fin de evitar la dispersión y ayudar a los usuarios a describir sus emociones –en ocasiones fue difícil que los usuarios lograran describir las emociones voluntariamente–. Como las emociones son complejas, difíciles de definir y funcionan de manera interdependiente (Hallward, 2005), se incluyeron otras emociones que no se encuentran en esta herramienta, y que fueron mencionadas por los usuarios de manera importante durante las entrevistas, de modo tal que no quedara insuficiente la descripción de las emociones de los sujetos que participaron en la investigación.

A partir de las dos capas anteriormente descritas: capas racional y emocional, se desprendieron los satisfactores funcionales y emocionales. Se identificó que algunos atributos del servicio impulsaban determinadas emociones y que esta asociación podía interpretarse como un sentimiento o una reflexión final que hacían los pacientes para evaluar toda la experiencia de servicio, un sentimiento que además fue muy valorado por los mismos.

En la cuarta capa, y como un paso transversal a todo el análisis, está la información del *qué quiere*. En este punto se identificaron los satisfactores de valor de los usuarios, pero no a través de un estudio psicológico de los mismos –esto implicaría abordar información más compleja y profunda de los pacientes–, sino mediante una asociación entre los valores culturales y los beneficios que se buscan en este tipo de servicios. Los valores culturales y los productos se

pueden conectar mediante una cadena de “medios y fines”. Estos estudios afirman que se puede preguntar a los encuestados sobre los atributos y beneficios percibidos del producto o servicio, y entonces el investigador continúa explorando, hasta cuando identifica las motivaciones más generales o los valores asociados a ese producto que son apreciados por los usuarios. Este proceso también es llamado “escalonamiento” (Durgee, O’Connor & Veryzer, 1996).

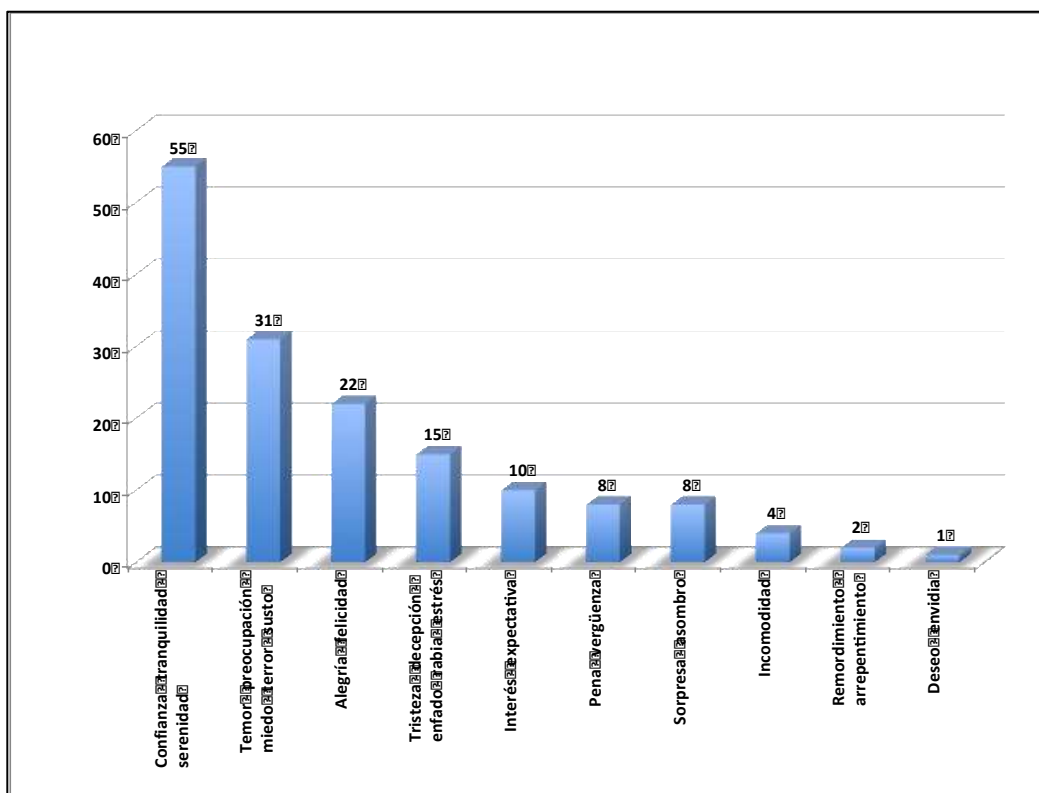
## **Presentación y análisis de resultados**

Las etapas percibidas por los pacientes se identificaron a través de la comparación de los mapas obtenidos de las entrevistas. Lo anterior fue viable porque esta herramienta utiliza un lenguaje visual similar y facilita la comparación entre los diferentes mapas.

Las variables emocionales y racionales se representaron a través de un diagrama de barras simples, donde se presenta el número de veces que se mencionaron dichas variables y que fueron usadas por los usuarios durante las entrevistas para describir los aspectos emocionales y racionales de la experiencia. Las variables emocionales se agruparon de acuerdo con la similitud entre ellas, y teniendo en cuenta también las etapas del servicio durante las cuales estas eran sentidas. Las variables racionales también se agruparon, y fueron renombradas por parte del investigador, teniendo en cuenta que se reunieran y clasificaran todos los atributos y beneficios del servicio que describieron los usuarios.

Las variables emocionales que se identificaron en la evaluación de las experiencias de consumo del usuario en servicios de cirugía plástica se muestran en el gráfico 3.

**Gráfico 3.** Frecuencia de mención de emociones por parte de los usuarios



Fuente: Elaboración propia, 2013.

Las emociones como confianza, tranquilidad y serenidad son las más nombradas durante las entrevistas. Estas emociones fueron muy mencionadas por los pacientes, especialmente durante las etapas de selección del cirujano, consulta, cirugía y post-operatorio. Los pacientes hicieron reflexiones tales como: “sentirse confiados al saber que el cirujano es un especialista en cirugía plástica, sub-especialista en cirugía estética y con experiencia”. También les hizo sentir confianza la explicación clara de los procedimientos que se habrían de practicar, tanto por parte del cirujano como del anestesiólogo y, en general, de todo el cuerpo médico; es decir, que el paciente se siente tranquilo y confiado cuando tiene suficiente información. Durante la etapa de cirugía, los pacientes mencionaron estas emociones cuando se dan cuenta de que el procedimiento se ejecutaría en una clínica con énfasis en cirugía plástica estética, de referencia nacional y con servicios que cumplen estándares de calidad. Durante la etapa de post-operatorio, el acompañamiento del cuerpo médico, y en particular del cirujano, hace que el paciente se sienta

sereno y confiado. El acompañamiento que el cirujano hace en el postoperatorio es muy valorado por los pacientes, puesto que se sienten cuidados y monitoreados; sentir ese nivel de compromiso toma a los pacientes por sorpresa y este hecho les desencadena sentimientos de confianza y tranquilidad. Los resultados favorables del acompañamiento se identificaron como un sentimiento transversal durante las etapas de consulta, cirugía y postoperatorio.

El segundo grupo de emociones mencionadas por los usuarios son: temor, preocupación, miedo, terror y susto. Estas se asocian al tipo de clínica, y si bien la institución donde se hizo el estudio es un centro especialista en cirugía plástica estética, de referencia nacional y con tecnología avanzada, continúa siendo una clínica ambulatoria, y no es de alta complejidad médica —estas requieren una alta especialización para el manejo de procedimientos y enfermedades, tecnología médica avanzada y personal médico especializado—.

El segundo grupo de emociones también se puede relacionar con el procedimiento quirúrgico y con la anestesia. Los pacientes afirmaron sentir temor por eventualidades y complicaciones que se podrían haber presentado y que hubieran podido afectar el curso normal del proceso. El resultado de la cirugía después de la recuperación del paciente es también motivo de preocupación y susto; los usuarios desean resultados naturales y perfectos, más aún tratándose de cirugías plásticas estéticas. También mencionaron emociones de este tipo ocasionadas por los dolores durante la recuperación.

El tercer grupo de emociones identificadas son las de alegría y felicidad. Estas emociones se asociaron básicamente a los resultados o a los cambios corporales que obtuvieron los pacientes después de la recuperación de la cirugía. Los usuarios manifestaron sentirse felices básicamente por dos razones: la naturalidad en el resultado y el aumento en la autoestima después del procedimiento.

El cuarto grupo de emociones mencionado por los usuarios son tristeza, decepción, enfado, rabia y estrés. Estas se pudieron identificar en etapas previas a la cirugía. En algunos de los pacientes, fueron períodos que duraron años, o inclusive desde la adolescencia, durante los cuales no se sentían a gusto con su apariencia física, bien fuera por características congénitas o por cambios

corporales. Estas emociones estuvieron muy presentes durante las etapas de planeación de la cirugía, donde los pacientes se sintieron impulsados para recurrir a una cirugía plástica estética por pérdidas severas de peso, post-embarazos o envejecimiento, entre otras razones. En este análisis también pueden tenerse en cuenta las emociones de deseo y envidia: solo un paciente las mencionó cuando dijo haber sentido que quería parecerse a alguien más, y esto le impulsó a operarse.

El quinto grupo de emociones son las de interés y expectativa. Estas se identificaron básicamente en las etapas de consulta y post-operatorio. Particularmente en la etapa de consulta, los pacientes se sentían con mucha expectativa acerca del procedimiento. Gran parte de la consulta está dedicada a aclarar muy bien con el cirujano las expectativas de cada usuario, pues las necesidades y los resultados varían de uno a otro. El resultado satisfactorio dependerá de que el paciente se forme una expectativa real del resultado, y esto es función en gran medida de las explicaciones técnicas que hace el cirujano durante la consulta. El interés por el resultado se manifestó en las etapas de post-operatorio, cuando el paciente siente muchos deseos de ver el resultado final, proceso que requiere tiempo y paciencia.

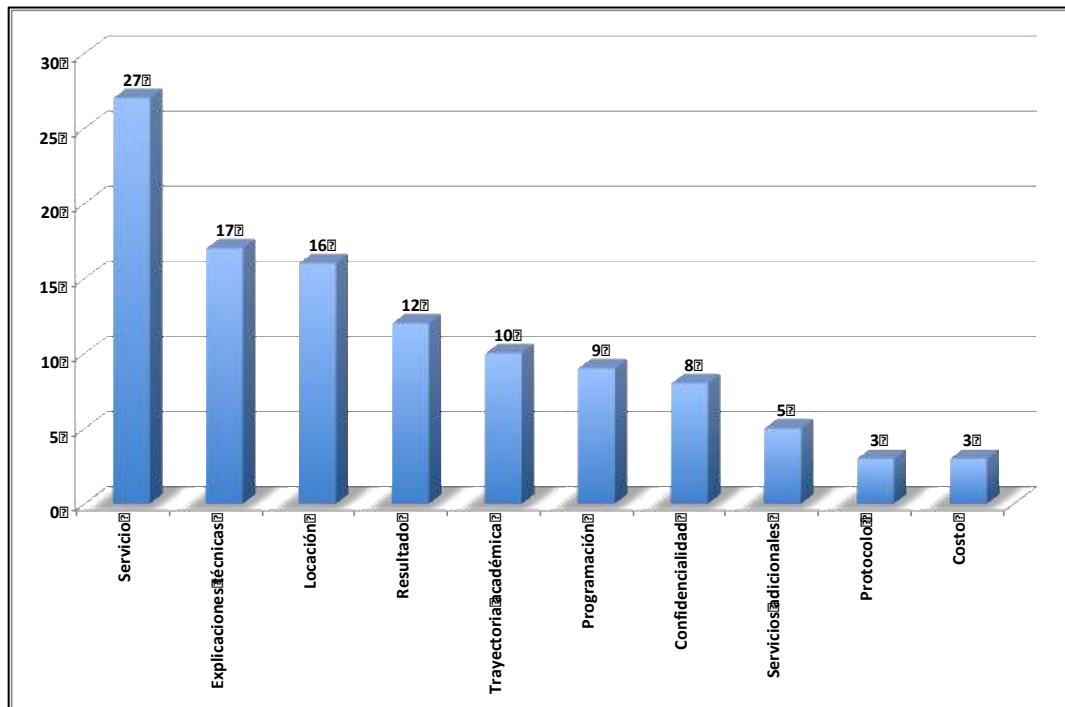
En sexto y séptimo lugar están las emociones de pena-vergüenza y las de sorpresa-asombro. Estas emociones fueron descritas por los pacientes cuando de manera consciente y con asombro descubrieron que no se sentían cómodos con su cuerpo, y, adicionalmente, algunos de los usuarios manifestaron sentir vergüenza en el contexto de “vida en pareja”.

Por último, está la emoción de incomodidad durante el post-operatorio, identificada más como una sensación física durante la recuperación del cuerpo, por el uso de las fajas, los mareos, los morados, la pérdida de sensibilidad y todas aquellas molestias que se sienten durante el post-operatorio. Esa sensación de incomodidad desencadena emociones de remordimiento y arrepentimiento en los usuarios, por haberse sometido a una cirugía de tipo cosmética donde el dolor y la recuperación son traumáticos para los pacientes.



A continuación se presenta el gráfico 4, donde se muestran las variables racionales del servicio identificadas durante la evaluación de la experiencia de consumo de los usuarios en servicios de cirugía plástica estética.

**Gráfico 4.** Frecuencia de mención de atributos y beneficios por parte de los usuarios



Fuente: Elaboración propia, 2013.

El aspecto más valorado por los pacientes es el servicio. En este punto se identificaron atributos muy mencionados por los usuarios, tales como paciencia, explicada como la actitud del cirujano para atender llamadas y resolver dudas en cualquier momento; calidez en la atención, entendida como la cordialidad y afecto humano con el cual es tratado el paciente por parte del cuerpo médico y del personal administrativo; empatía, como la capacidad del cirujano y del cuerpo médico para tratar de entender lo que está sintiendo y pensando el paciente; amabilidad, por la actitud afectuosa del cirujano, y actitud de servicio, entendida como la disposición y el interés que tiene el cirujano para ayudar a resolver el problema o condición física del paciente.

En el segundo aspecto están todas aquellas explicaciones técnicas que el cuerpo médico les hace a los pacientes, en especial todos los detalles sobre el procedimiento que se va a realizar y las técnicas que se usarán. A los pacientes les gusta estar muy informados y desean ver imágenes sobre los resultados de otros pacientes, para que, en compañía del cirujano, puedan formarse expectativas reales de la cirugía. Adicionalmente, cuando los pacientes están bien informados, saben cuáles son los pasos en un proceso de recuperación normal y saben qué esperar de toda la experiencia.

En el tercer aspecto están todos aquellos atributos relacionados con la locación. Se identificaron asuntos muy puntuales tales como: *ubicación del consultorio y del quirófano*: los usuarios manifestaron que son espacios que deben estar ubicados en zonas de estratos altos de la ciudad. *Tamaño*, particularmente del quirófano: se refieren a que este debe ser un lugar concebido para la realización de cirugías plásticas estéticas desde el comienzo, con todas las normas exigidas por la Seccional de Salud, y no algún tipo de construcción que haya sido adecuada para tales fines. *Limpieza e higiene*: por ser temas relacionados con salud, los pacientes buscan asepsia en todo el cuerpo médico y en los quirófanos, para evitar infecciones. *Decoración y ambientación del consultorio*: los usuarios afirmaron que debe proyectar el profesionalismo y la experiencia del cirujano, y que debe ser un espacio actualizado y cómodo para los pacientes. También mencionaron que debe ser un espacio que genere tranquilidad y pasividad. Los usuarios afirmaron que este aspecto es muy importante para concebir la idea de estar con un buen cirujano plástico.

El cuarto aspecto es el resultado. Dada la tendencia en las cirugías plásticas estéticas, los usuarios de este tipo de servicios buscan resultados para mejorar, manteniendo una apariencia natural y con menos tiempo de incapacidad para poder reintegrarse a la vida social más rápidamente; de esta manera los usuarios valoran técnicas quirúrgicas modernas que puedan prometer lo anterior.

El quinto aspecto es el profesionalismo del cirujano. Los usuarios del servicio también valoraron la trayectoria académica del cirujano y la experiencia. Afirmaron sentirse confiados al conocer

que el cirujano es un especialista en cirugía plástica, sub-especialista en cirugía estética y que es miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva (SCCP).

El sexto atributo mencionado por los usuarios es todo lo que se relacione con la programación de la cirugía. Los pacientes valoran la disponibilidad tanto del quirófano como del cirujano, para acceder al procedimiento en el momento justo que desean, de acuerdo con la disposición de tiempo de cada uno de ellos.

La confidencialidad es otra variable muy valorada por los usuarios del servicio, y se refiere a garantizar la privacidad del usuario respecto a la información que resulta de todo el proceso quirúrgico y a la preservación de la historia clínica. Adicionalmente, en el cirujano buscan cierta “complicidad”, para que la cirugía sea manejada como un “secreto” oculto a los demás.

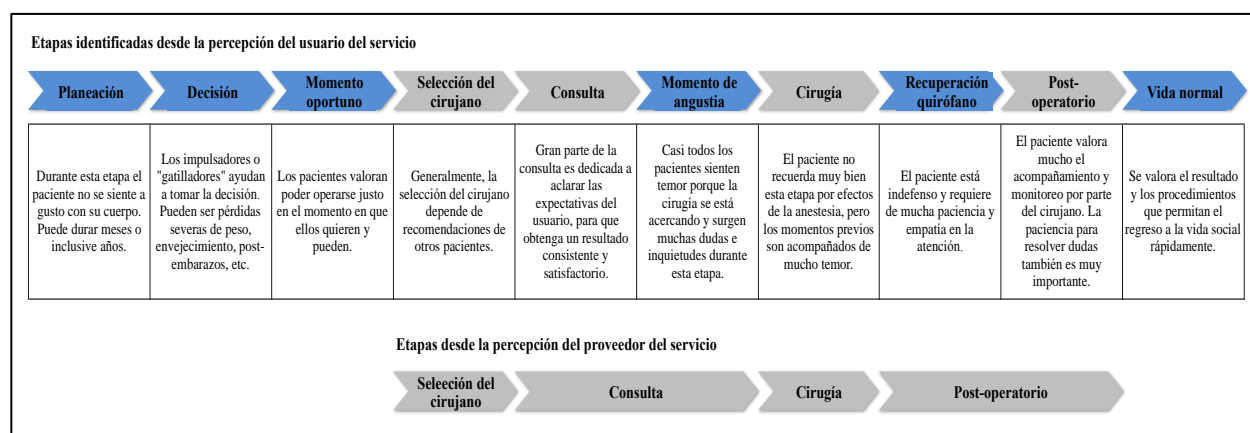
Los pacientes también mencionaron otros servicios adicionales muy valorados en el momento de acceder a una cirugía plástica estética. Entre ellos se pueden mencionar: el seguro que ofrece la clínica en caso de complicaciones y los convenios con dos clínicas de alta complejidad en la ciudad, así como el transporte en ambulancia para procedimientos más invasivos y el monitoreo de una enfermera en casa durante las 24 horas posteriores a la cirugía.

Los últimos atributos del servicio mencionados por los usuarios fueron el protocolo y el costo. El primero se refiere a todas las prácticas seguras y oportunas de la clínica y de todo cuerpo médico para salvaguardar la salud y la seguridad del paciente y, adicionalmente, todos aquellos procesos que soporten la prestación de un servicio con estándares de calidad. El segundo se refiere al pago por los honorarios del cirujano –que dependen en gran medida de la experiencia, capacitación y reconocimiento–, la tarifa del anestesiólogo, el alquiler de la sala de cirugía, los medicamentos formulados, los exámenes clínicos y en algunos casos, tratamientos post-operatorios como masajes o drenajes.

## Conclusiones

Las etapas identificadas a partir de la percepción de los pacientes en las experiencias del usuario en servicios de cirugía plástica estéticas se muestran en el gráfico 5.

**Gráfico 5.** Etapas desde la percepción del usuario y del proveedor del servicio



Fuente: Elaboración propia, 2013.

Teniendo en cuenta el gráfico anterior, es importante notar la diferencia entre las etapas que percibe el usuario y las que se han concebido desde la perspectiva del proveedor del servicio. La etapa de “momento de angustia” fue percibida por la mayoría de los pacientes días previos a la cirugía, en la cual afirmaron sentirse muy angustiados y con algunas dudas e inquietudes ocasionadas por rumores de terceras personas. Durante la etapa de “vida normal”, los pacientes continúan teniendo dudas sobre las actividades que pueden realizar al reintegrarse a la vida social. Durante las etapas mencionadas los usuarios no están interactuando con el servicio, y estas pueden ser motivo de innovación y mejoramiento por parte del proveedor; se podrían generar puntos de toque o encuentros que permitan sentir al paciente más “acompañado y monitoreado” hasta el final de la experiencia, lo anterior sabiendo que se encontró como un sentimiento muy valorado por los usuarios del servicio.

En el ámbito racional, los usuarios en general ofrecieron explicaciones de los atributos y beneficios del servicio de manera más segura que en el ámbito emocional. Este razonamiento

cognitivo hizo más sencilla la identificación de los atributos y beneficios más valorados por los usuarios en la entrega del servicio en cuestión, siendo la paciencia, la calidez en la atención, la empatía, la amabilidad y la actitud de servicio los atributos más mencionados por los usuarios durante las entrevistas.

En el aspecto emocional de las entrevistas se percibió que no era fácil describir las emociones por parte de los usuarios del servicio, y con frecuencia se confundía “emoción” y “sentimiento”. Al margen de la definición exacta de estos conceptos, se logró hallar un sentimiento muy valorado por los usuarios, y es el “acompañamiento” por parte del cirujano. Este puede explicarse desde la reflexión hecha por los usuarios de “sentirse monitoreados”, más la suma de emociones asociadas a esta reflexión, tales como “confianza y tranquilidad”; es decir, entendiendo el sentimiento como una reflexión o un resumen de momentos de toda la experiencia de consumo del servicio, los pacientes esperan estar muy “acompañados” durante todo el proceso. Se identificó que esta combinación de “acompañamiento-monitoreo” y “confianza” es un satisfactor funcional y emocional muy valorado por los usuarios, que no era esperado a tal nivel durante la entrega del servicio.

Sabiendo que el estudio de las emociones son solo un paso en el proceso de comprensión de la motivación de los clientes y que para entender mejor el comportamiento de los usuarios se debe incluir también el análisis de valores personales y culturales (Hallward, 2005), a través del ejercicio de asociación entre los beneficios buscados en el servicio y los valores culturales (asociación también llamada “escalonamiento”) se pudo encontrar que las motivaciones más generales mencionadas por los usuarios entrevistados son las de “autoestima”. El aumento de la autoestima fue usada por los usuarios como un medio para lograr fines específicos, tales como sentirse nuevamente joven, mejorar la vida en pareja, ser más atractivas y lanzar una nueva imagen. Los anteriores satisfactores de valor fueron identificados como los que finalmente encontraron los pacientes a través de las cirugías plástica estéticas.

Teniendo en cuenta la literatura sobre la calidad del servicio en servicios de salud, que depende de dos elementos básicos: el desempeño técnico o resultado y el desempeño funcional o intercambio medico-paciente (Donabedian, 1988; Grönroos, 2001), se puede afirmar que los

usuarios del servicio valoraron más el segundo componente; es decir, el contacto interpersonal cálido entre el paciente y el personal médico hizo que estos percibieran una buena calidad en la entrega del servicio. Sin embargo, los dos elementos que mencionan Donabedian y Grönroos se pueden interconectar, ya que un buen intercambio interpersonal médico-paciente hace que se logren identificar las expectativas de los usuarios y conseguir un resultado satisfactorio para cada uno de ellos. Se hace evidente que los servicios de salud no son ajenos a la importancia de la co-creación por parte del proveedor y del usuario, la cual es una característica especial en los servicios. La calidad del servicio en servicios de salud tiene la tendencia a ser evaluada desde un aspecto técnico por parte de los profesionales de la salud; sin embargo, es importante reconocer que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio es determinante en el nivel de calidad del mismo.

La satisfacción de los clientes puede ser explicada desde la suma de dos componentes: el racional y el emotivo. Se identificó que en el racional están *la calidez en la atención, la empatía, entre otros*, y que en el emotivo está *la confianza por sentirse acompañados o monitoreados*. Estas dos dimensiones o aspectos coinciden con Coddington & Moore, quienes presentan la empatía y el cuidado del paciente como las principales dimensiones de la calidad del servicio en salud desde la perspectiva del cliente (Coddington & Moore, 1987, en Losada y Rodríguez, 2007). Siendo las anteriores dimensiones las más valoradas, y sabiendo que se excedieron las expectativas que de ellas tenían los usuarios, se podría afirmar que los pacientes obtuvieron una experiencia satisfactoria.

## Referencias

- Aguirre, H. (2011). Reseña histórica de la cirugía plástica en la Universidad Nacional de Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva*, 17(1), 81-96.
- Barriga, A. M., Farías, M. L., Ruiz, A. L., Sánchez, A. J. y Jiménez, W. G. (2011). Turismo en salud: una tendencia mundial que se abre paso en Colombia. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 9(1), 125-137.
- Botero, O. (2005). La experiencia del cliente como factor diferenciador. *Tiempo de Mercadeo*, 1(4), 10-12.
- Cadotte, E. R., Woodruff, R. B. & Jenkins, R. L. (1987). Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 14(s. n.), 304-14.
- Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia (s. f.). *Estrategia clúster presentó red para posicionar a Medellín como destino de salud*. Consultado el 30 de mayo de 2013, de: <http://www.camaramedellin.com.co/site/Noticias/Estrategia-cluster-red-para-posicionar-Medellin.aspx>
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Coddington, D. C. & Moore, K. D. (1987). *Market Strategies in Health Care*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Churchill, G. A. & Surprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19(4), 491-504.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Durgee, J. F., O'Connor, G. C. & Veryzer, R. W. (1996). Observations: Translating values into product wants. *Journal of Advertising Research*. 36(6), 90-100.
- Edvardsson, B. & Mattsson, J. (1993). An experienced-based measure of service quality. *The Service Industries Journal*, 13(4), 289-306.
- Giese, J. L. & Cote, J. A. (2002). Defining consumer satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, 2000(1), 1-24.
- Grönroos, C. (2001). The perceived service quality concept – a mistake? *Managing Service Quality*, 11(3), 150-152.

- Hallward, J. (2005). *Emotions are the equivalent of first impressions*. Consultado el 19 de septiembre de 2013, de:  
[http://www.ipsos.com/asi/sites/ipsos.com.asi/files/pdf/Global\\_Ideas\\_vol7.pdf](http://www.ipsos.com/asi/sites/ipsos.com.asi/files/pdf/Global_Ideas_vol7.pdf)
- Hoffman, K. D. y Bateson, J. E. (2002). *Fundamentos de marketing de servicios, 2ª Ed. Conceptos, estrategias y casos*. México, D. C.: Thomson.
- Johnson, C. & Mathews, B. P. (1997). The influence of experience on service expectations. *International Journal of Service Industry Management*, 8(4), 290-305.
- Kotler, J. P. (1994). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control*. New Jersey: Prentice- Hall.
- Kotler, P. y Keller, K. L. (2012). *Dirección de Marketing, 14ª Ed.* México, D. C.: Pearson.
- La Tour, S.A. & Peat, N.C. (1979). Conceptual and methodological issues in consumer satisfaction research. *Advances in Consumer Satisfaction Research*, 6(s. n.), 431-437.
- Liljander, V. & Strandvik, T. (1997). Emotions in service satisfaction. *International Journal of Service Industry Management*, 8(2), 148-169.
- López, A. (2013). *Belleza jalona otros negocios en torno a la salud*. Consultado el 15 de febrero de 2013, de: <http://www.portafolio.co/portafolio-plus/turismo-salud-colombia>
- Losada, M. y Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 237-258.
- Martínez, J. A. y Martínez, L. (2009). ¿Qué es la percepción de la calidad del servicio? Nuevas aportaciones tras el uso de la introspección personal y subjetiva. *Revista Portuguesa de Marketing*, 13(25), 35-44.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (s.f.). *Una alianza público-privada en marcha para desarrollar Sectores de Clase Mundial*. Consultado el 29 de octubre de 2013, de:  
<http://www.ccalidad.org/contenido/wp-content/uploads/2010/03/mcit.pdf>
- Olavarrieta, S., Gutiérrez, A. y Zárate, A. (1999). El rol de las expectativas y deseos en la satisfacción del cliente: una aplicación de modelación de ecuaciones estructurales. *Estudios de Administración*, 6(1), 51-78.
- Oliver, R. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469.
- O'Neill, M. & Palmer, A. (2003). An exploratory study of the effects of experience on consumer perceptions of the service quality construct. *Managing Service Quality*, 13(3), 187-196.



- Palmer, A. (2010). Customer experience management: a critical review of an emerging idea. *Journal of Services Marketing*, 24(3), 196-208.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Pitt, L. F. & Jeantrout, B. (1994). Management of customer expectations in service firms: a study and checklist. *The Service Industries Journal*, 14(2), 170-89.
- Proexport Colombia (s. f.). Promoción de turismo, inversión y exportaciones (s. f.). *Turismo de salud en Colombia: Preparándose para ser de clase mundial*. Consultado el 15 de febrero de 2013, de: <http://www.colombia.travel/es/turista-internacional/actividad/atracciones-turisticas-recomendadas-informes-especiales/turismo-de-salud>
- Richins, M. L. (1997). Measuring emotions in the consumption experience. *Journal of Consumer Research*, 24(2), 127-146.
- Roest, H. & Pieters, R. (1997). The nomological net of perceived service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 8(4), 336-351.
- Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva (s. f.). *Historia de la cirugía plástica*. Consultado el 15 de febrero de 2013, de: <http://www.cirurgiaplastica.org.co/quienes-somos/que-es/historia-cirurgia-plastica.html>
- Torres, E., Manzur, E., Hidalgo, P. y Barra, C. (2008). Relación entre las dimensiones de la calidad del servicio y la satisfacción: un análisis de los componentes higiénicos y satisfactores. *Estudios de Administración*, 15(1), 65-92.
- Van, A., Perez, A., Raijmakers, B., Belmonte, B., Widmark, E., Segelström, F.,... Holmlid, S. (2010). *This is service design thinking*. Amsterdam: BIS Publishers.
- Vavra, T. G. (1997). *Improving your measurement of customer satisfaction*. New Jersey: ASQ Quality Press.
- Vera, J. y Trujillo, A. (2009). El papel de la calidad del servicio del restaurante como antecedente de la lealtad del cliente. *Panorama Socioeconómico*, 27(38), 16-30.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. & Gremler, D. D. (2006). *Services Marketing. Integrating Customer Focus Across the Firm*, 4ª Ed. New York: McGraw-Hill.
- Zurawicki, L. (2010). *Neuromarketing. Exploring the brain of the consumer*. Boston: Springer.