

# LA CALIDAD PERCIBIDA Y SUS DIMENSIONES. ESPECIAL REFERENCIA A LA SANIDAD PÚBLICA

Rocío Díaz Muñoz

## RESUMEN

La perspectiva del paciente debe incorporarse en el diseño y evaluación de los procesos asistenciales para determinar el nivel de excelencia alcanzado. La presente investigación analiza la calidad del servicio sanitario público en Málaga desde la perspectiva del cliente, mediante una adaptación de los modelos SERVQUAL y SERVPERF e identifica las dimensiones que conforman la calidad de dicho servicio a través de un análisis factorial.

**PALABRAS CLAVES:** Calidad de servicio, calidad percibida, servicio sanitario, cliente.

## ABSTRACT

Patient point of view should be consider as essential to determine perceived quality in the design and evaluation of healthcare processes. The present research analyses the quality of the public health service in Malaga (Spain) from the perspective of the consumer, based on an adaptation from models SERVQUAL and SERVPERF. It also identifies the dimensions making up the quality of that service by running a factor analysis.

**KEYWORDS:** Service quality, perceived quality, health service, patient.

---

## 1. INTRODUCCIÓN

Las investigaciones acerca de la calidad de los servicios se presentan como esenciales si lo que se pretende es la mejora continua de las organizaciones. Estos estudios se centran en el cliente como eje central sobre el que gira todo el sistema. Las empresas de servicios, en general, han dejado de considerar a los clientes como meros destinatarios de sus ofertas para pasar a convertirse en verdaderos evaluadores y jueces de su gestión.

Esta nueva visión no es patrimonio exclusivo del ámbito privado. Los Estados modernos se autocalifican como Estados sociales y de Derecho que escuchan a sus ciudadanos, cada vez más preparados y exigentes, y atienden sus demandas, preocupándose no sólo por ofrecer una mayor cantidad de servicios de interés general o social sino, además, por aumentar la calidad de los mismos.

De esta forma, la orientación al cliente debe ser la esencia de la cultura de una empresa, y más aun de empresas que ofrecen servicios sanitarios, dada la relación tan especial que se produce entre cliente y proveedor del servicio.

El objetivo general que este trabajo persigue es analizar la calidad de los servicios sanitarios públicos en Málaga. Para ello, utilizaremos un instrumento de medida de la calidad percibida adaptando las escalas SERVQUAL y SERVPERF al sector en cuestión. Para lograrlo, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Obtener un conocimiento riguroso de la percepción y valoración que tienen los ciudadanos en general y los usuarios en particular sobre el sistema público de salud.
- Identificar, a partir de las valoraciones realizadas por los clientes, las dimensiones de la calidad percibida por el paciente.

## 2. LA CALIDAD PERCIBIDA Y ESCALAS DE MEDIDA

En el ámbito de los servicios, la definición y medida de la calidad han resultado ser particularmente complejas por dos razones: las características diferenciales de los servicios y el hecho de que la calidad sea un concepto que cuenta con tantas definiciones como puntos de vistas se han tratado.

La adopción de la perspectiva del cliente a la hora de definir la calidad de servicio introduce el concepto de percepción, lo que supone considerar que el cliente es el único que puede determinar si un servicio es o no de calidad (Varo, 1994). Esta visión es la más aceptada por la mayoría de los autores que tratan el tema de la calidad de servicio (Parasuraman, Berry y Zeithaml, 1985, 1988, 1994) y está empezando a cobrar importancia en los estudios propios del sector sanitario. Según Berry, Bennet y Brown (1989), el servicio es lo que el cliente dice que es. La valoración de la calidad de servicio por el cliente es la única valoración que importa.

En cuanto a la medida cuantitativa de la calidad de servicio, uno de los trabajos pioneros se recoge bajo la denominación de SERVQUAL, nacido en 1986 de la mano de Parasuraman, Berry y Zeithaml (1988). Como aportaciones más importantes pueden destacarse que la calidad de un servicio es entendida como una medida de cómo se ajusta la administración de un servicio a las expectativas del cliente y, por ello, el concepto clave es el de calidad percibida (Moliner et al., 1996). El cuestionario está compuesto de 44 ítems, divididos en dos escalas (expectativas y percepciones) de 22 ítems cada una, diseñadas para medir la calidad a través de cinco dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (Villegas et al., 2003).

Por otro lado, este modelo no ha estado exento de críticas y se ha generado un interesante debate en relación con su dimensionalidad, así como con su idoneidad para valorar la calidad de servicio. Muchos autores, incluso, han desarrollado otros instrumentos intentando solventar las debilidades que el SERVQUAL presenta. De este modo, Cronin y Taylor (1992) proponen el SERVPERF como modelo alternativo basado en el desempeño, entendiendo la calidad de servicio como una percepción evaluativa del rendimiento de los atributos del servicio (Martínez-Tur et al., 2001); por tanto, consideran que la calidad de un servicio debe ser medida tan sólo a través de las percepciones, sin necesidad de compararlas con las expectativas.

Nuestro estudio parte de la consideración de los ítems y dimensiones del SERVQUAL y pretende eludir las debilidades de este modelo utilizando las aportaciones del SERVPERF. Por consiguiente, para medir la calidad del servicio sanitario utilizaremos únicamente el análisis de las percepciones. Con ello evitamos los diversos problemas que suponen las expectativas para los encuestados: tanto de interpretación, al tener que valorar dos veces la misma lista de atributos, como conceptuales y de redundancia dentro del instrumento de medición, ya que las percepciones están influidas por las expectativas. Por otra parte, se ha objetado que la sola medida de las percepciones es más efectiva, reúne mayor fiabilidad, validez discriminante y mayor capacidad predictiva (Cronin y Taylor, 1992, 1994; Teas, 1993, Brown et al., 1993).

### 3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD PERCIBIDA A PARTIR DEL SERVQUAL

En cuanto a los estudios que evalúan la calidad percibida por el paciente tomando como referencia la escala SERVQUAL, la validez de los ítems utilizados para llevar a cabo la medición parece estar bien apoyada por los procedimientos empleados en el desarrollo de la escala (Llorens, 1995); sin embargo, la definición de las cinco dimensiones sugeridas del SERVQUAL ha sido cuestionada. Algunos autores encuentran dificultades al trasladar las dimensiones genéricas de calidad de servicio al cuidado de la salud (Carman, 1990, Lytle y Mokwa, 1992, Bowers, Swan, Koehler, 1994, Lam, 1997, Mira et al., 1997, Jun et al., 1998, Oswald et al., 1998, Puay Cheng Lim, 2000, Monteagudo et al., 2003, entre otros). Consideran que el SERVQUAL no cubre completamente todas las dimensiones de calidad que son importantes para los pacientes, dada la naturaleza del servicio sanitario, más intensivo en la interacción proveedor-consumidor. La tabla 1 recoge las dimensiones que se les han ido sumando a las originales del citado cuestionario. No obstante, existen trabajos en el entorno sanitario, en los que sí se confirman las cinco dimensiones del SERVQUAL, entre ellos: Babakus et al. (1992), Scardina (1994), Youssef, Nel y Bovaird (1995), Curry y Stark, (2000), Ozge (2001), Wong (2002).

### 4. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

#### 4.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para alcanzar los objetivos propuestos, esta investigación ha seguido una metodología basada en la realización de entrevistas personales a la población en general mayor de edad del Distrito Sanitario Málaga, ya sean usuarios o no usuarios de los servicios sanitarios públicos. Dada la amplitud de este universo, 608.688 habitantes, se consideró necesario extraer una muestra del mismo. Así, en una primera etapa se seleccionó la muestra de forma estratificada en proporción al número de habitantes de cada una de las zonas que constituyen el Distrito Sanitario Málaga. En una segunda etapa, se procedió a distribuir esa primera muestra con criterios proporcionales de la población en cuanto al sexo y edad (tabla 2).

3) **Tabla 1. Dimensiones de la calidad percibida a partir del SERVQUAL.**

Parasuraman, Berry y Zeithaml (1988) Análisis factorial SERVQUAL	Lytle y Mokwa (1992) Análisis factorial SERVQUAL	Bowers, Swan, Koehler (1994) Análisis regresión SERVQUAL	Lam (1997) Análisis factorial exploratorio SERVQUAL	Mira, Buil, Rodríguez-Marin, Aranaz (1997) Análisis factorial exploratorio SERVQUAL
Tangibilidad	Tangibilidad	Tangibilidad	Tangibilidad	Tangibilidad Accesibilidad física
Fiabilidad	Fiabilidad	Fiabilidad		Calidad del servicio:
Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta		Capacidad respuesta
Seguridad	Seguridad	Seguridad	Competencia o profesionalidad	Fiabilidad Seguridad Empatía Atención de enfermería
Empatía	Empatía	Empatía		
	(1) Resultados	Resultados		
		(2) Cuidados	Cuidados	
				(3) Ética percibida
				(4) Relación con el médico

CITIES IN COMPETITION

4)

5) **Tabla 1. Dimensiones de la calidad percibida a partir del SERVQUAL (bis).**

Jun, Peterson, Zsidisin (1998) Entrevistas/grupo focal	Oswald, Turner, Snipes, Butler (1998) Análisis factorial exploratorio SERVQUAL	Mira et al., (1999) Delphi	Puay Cheng Lim (2000) Análisis factorial SERVQUAL	Gea et al. (2001) Grupos focales/Análisis factorial
Tangibilidad	Tangibilidad	Tangibilidad	Tangibilidad	
Fiabilidad	Fiabilidad		Fiabilidad	
Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	
Competencia o profesionalidad	Seguridad	Competencia	Seguridad	Garantía
Cortesía				
Comunicación				
Comprensión	Empatía	Empatía	Empatía	
Accesibilidad		Accesibilidad		Accesibilidad
Resultados				
Cuidados	Cuidados			Personalización
		Información		
(5) Colaboración			(6) Servicio accesible y asequible	
		Capacidad elección		
		Confort instalaciones		Confortabilidad
		Continuidad de los cuidados		
				Fidelidad

Fuente: elaboración propia.

(1) Resultados: alivio del dolor, salvar la vida u otras mejoras tras la intervención médica (Villegas, 2003).

(2) Cuidado por parte de los médicos y enfermeras. Supone una implicación personal y humana en la prestación del servicio, con un enfoque en las emociones del paciente (Bower et al., 1994).

(3) Ética percibida: incluye ítems referidos al consentimiento informado, a que el personal en su proceder clínico no ignora los derechos del paciente, a que las esperas en el hospital para recibir atención no sean excesivas y a los riesgos derivados de pruebas diagnósticas (Mira et al., 1997).

(4) Relación con el médico: incluye los ítems referidos a la confianza en los médicos, información facilitada por el médico y si el tiempo de ingreso es adecuado (Mira et al., 1997).

(5) Colaboración: se refiere al trabajo en equipo, al efecto sinérgico entre varios actores que proveen el servicio, actores que pueden ser internos o externos al hospital (administradores, médicos, enfermeros, familiares, organizaciones de salud... (Jun et al., 1998).

(6) Servicio accesible y asequible: incluye ítems relacionados con la facilidad de localización del centro y el coste del servicio (Puay Cheng Lim., 2000).

**Tabla 2. Ficha técnica del estudio.**

<i>Técnica de estudio</i>	<i>Entrevista personal</i>
Tiempo medio estimado de entrevista	15 minutos.
Universo	Habitantes del Distrito Sanitario Málaga mayores de 18 años.
Ámbito	Distrito Sanitario Málaga.
Procedimiento de extracción de la muestra	<u>Primera etapa</u> : selección de la muestra de forma estratificada proporcional a la distribución de la población del Distrito Sanitario Málaga. <u>Segunda etapa</u> : selección de individuos en cada zona del Distrito Sanitario Málaga cubriendo cuotas de sexo y grupos de edad, según la pirámide poblacional malagueña.
Persona entrevistada	Usuarios (que han accedido alguna vez en los últimos 5 años) y no usuarios de la Sanidad Pública.
Tamaño muestral	400.
Margen de error	+/- 5 % para un intervalo de confianza de 2 sigmas o el 95,45 %.
Fecha trabajo campo	Diciembre de 2002, Enero de 2003.
Tratamiento de los datos	programa SPSS 11.0.

Fuente: elaboración propia.

#### 4.2. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para la elaboración del cuestionario se ha realizado una adaptación de la escala SERVPERF. El procedimiento llevado a cabo se ha basado en la utilización de varias fuentes de información:

- Revisión de la literatura sobre calidad de servicio y satisfacción. Sin ánimos de ser exhaustivos, se puede hacer especial referencia a Fernández (1995, 2000); Bigné, Martínez, Miquel; Belloch (1996); Vázquez, Díaz y Rodríguez (1997); Mira, Buil, Rodríguez-Marín y Aranaz (1997); Falces, Sierra, Becerra y Briñol (1999); Oswald, Turner, Snipes y Butler (1998); O’Conner, Trinh, Shewchuk (2000); Larrabee y Bolden (2001); Murrow (2002); Mira, Rodríguez-Marín et al. (2002).

- Realización de un estudio exploratorio previo mediante un conjunto de entrevistas a asociaciones de consumidores (OCU, ACUM), clientes (usuarios frecuentes) y profesionales relacionadas con la calidad y el sector en cuestión.

El formato original del SERVPERF se adaptó para representar las peculiaridades del servicio sanitario. Los términos como “clientes” y “empleados” fueron reemplazados por “pacientes” y por “médicos, personal de enfermería y personal no sanitario”, respectivamente. Además, se suprimieron algunos ítems de la escala original y se añadieron otros para así resaltar las peculiaridades del sector y también la existencia de distinto tipo de personal.

### **4.3. CODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES**

Para medir la calidad percibida en la Sanidad Pública se han utilizado 22 ítems, los cuales hacen referencia a los siguientes aspectos: atributos de los médicos, a cualidades del resto del personal sanitario (enfermería, ATS, etc.) y no sanitario, a cuestiones del aspecto físico de las instalaciones y empleados y, por último, a temas derivados de la organización sanitaria. Para analizar la calidad percibida se utilizan los parámetros etiquetados con unos códigos que faciliten el trabajo con ellos así como su presentación (“P”). A cada una de las variables le hemos asignado un número de orden, comenzando en el 1 y terminando en el 22.

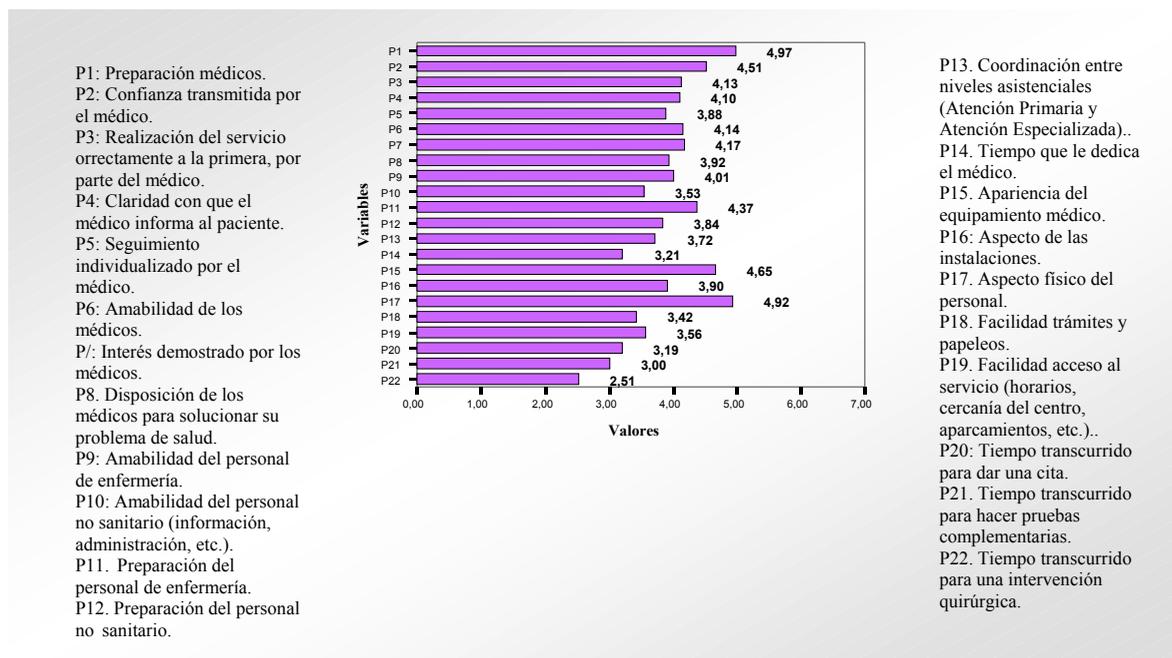
### **4.4. RESULTADOS**

Para analizar la percepción que tienen los usuarios de la sanidad pública, se establecen veintidós ítems, los cuales serán valorados en una escala del 1 al 7, de forma que, a mayor puntuación, la calidad que perciban será mayor. No obstante, con objeto de delimitar la calidad percibida por los usuarios y no usuarios de la Sanidad Pública en Málaga, el análisis se divide en dos partes: los que han tenido experiencia con los servicios públicos de salud, un 86,75% de la población y los que no la han tenido, esto es, un 13,25%.

#### **4.4.1. Calidad percibida por los usuarios de la Sanidad Pública**

El usuario de la sanidad pública percibe una calidad media de 3,8932 en una escala de 1 a 7. Ordenando los aspectos constitutivos del servicio sanitario de mejor a peor valoración destacan (figura 1), en primer lugar, los ítems relacionados con la profesionalidad del personal sanitario (4,97 para médicos y 4,37 para personal de enfermería, en una escala de 1 a 7) y la tecnología sanitaria (4,65); en segundo lugar, los ítems referidos al trato humano del personal sanitario (4,17 para médicos y 4,01 para personal de enfermería); y, por último, con una peor valoración, los aspectos relacionados con la organización tales como la coordinación entre niveles asistenciales (3,72), facilidad de acceso (3,56), aspecto de las instalaciones (3,90), facilidad de trámites y papeleo (3,42) y, sobre todo, el tiempo de espera (3,19 para pedir cita, 3,00 para realizar pruebas y 2,51 para ser intervenido quirúrgicamente). Se incluyen también como peor valorados los aspectos relacionados con la amabilidad del personal no sanitario (3,53).

**Figura 1. Valoración media de la calidad percibida.**



Fuente: elaboración propia.

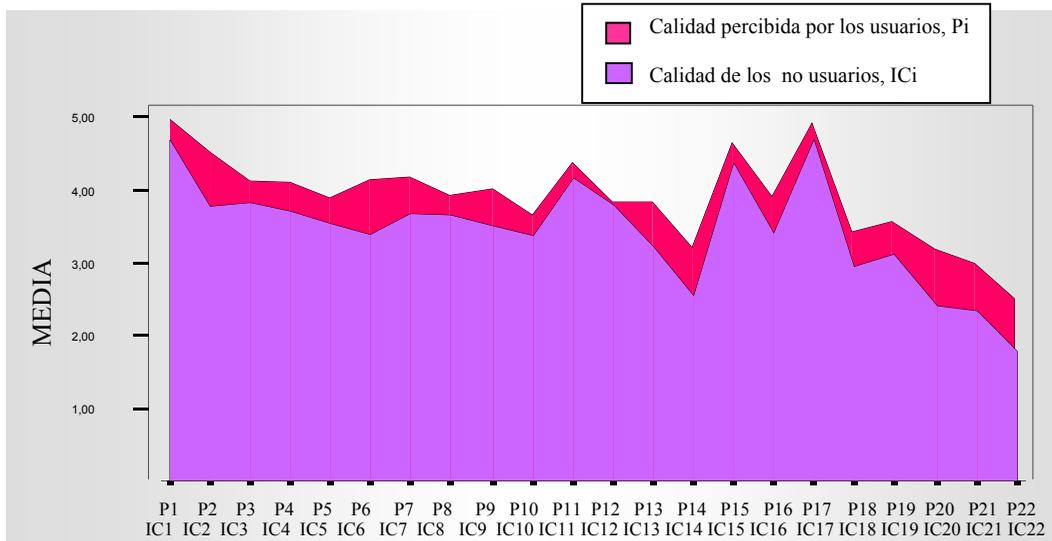
#### 4.4.2. Comparación entre usuarios y no usuarios

En la figura 2 se refleja cómo las medias de la calidad percibida de los usuarios de la sanidad pública son siempre superiores, para todos los aspectos que definen la prestación de un servicio sanitario, a las medias de la imagen de la calidad de los no usuarios. Las mayores diferencias se encuentra en las variables amabilidad (4,14 para los usuarios y 3,40 para los no usuarios), tiempo que le dedica el personal sanitario (3,21 para usuarios y 2,55 para no usuarios) y el tiempo de espera (3,19, 3,00, 2,51 para usuarios en caso de pedir citas, realización de pruebas e intervención quirúrgica, respectivamente y 2,42, 2,34, 1,79 para los no usuarios). A la vista de los resultados, los no usuarios del sistema de salud público piensan que en la sanidad pública el tiempo de espera es superior al real, que los médicos son menos amables y que les dedican menos tiempo que lo que realmente experimentan los usuarios. Por tanto, la opinión que se obtiene a partir de la experiencia es más positiva que la obtenida con independencia de ella.

El hecho de que las personas que no utilizan la sanidad pública tengan una opinión peor que las que sí lo hacen

se debe, principalmente, a que los que no la utilizan son, en su mayoría, personas que poseen un seguro privado (58,5%) o que son funcionarios y han elegido voluntariamente la sanidad privada (22,6%); por tanto, defienden el sistema que han elegido, el privado, y priman los aspectos mejor valorados en el mismo que son, ante todo, la rapidez y la comodidad en el servicio. Así mismo, expresan los motivos por los que no han optado por el sistema de salud público. Por tanto, estos aspectos son los más deficitarios en la sanidad pública, por esta razón, estas personas son más exigentes y más críticas con respecto a la sanidad pública.

**Figura 2. Calidad percibida por los usuarios y no usuarios de la Sanidad Pública.**



Fuente: elaboración propia.

#### 4.4.3. Análisis factorial multivariante. Dimensiones de la calidad percibida por el paciente.

Existen multitud de conceptos que no son directamente observables. Este es el caso de la calidad percibida. Sin embargo, podemos aproximarnos a tales conceptos de manera indirecta midiendo un conjunto de variables que sean observables y que nos conduzcan a una síntesis e interpretación de tal concepto (Luque Martínez, 2000). Con la idea de reducir los ítems a un número operativo de dimensiones de la calidad del servicio sanitario y de identificar la estructura de un conjunto de variables de calidad percibida, aplicaremos el análisis factorial multivariante.

En primer lugar, para poder llevar a cabo el análisis factorial hay que ver si existe cierto nivel de correlación entre las diferentes variables. Analizando la matriz de correlaciones anti-imagen (tabla 3) (con valores en la diagonal muy elevados, cercano a 1), el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (con un valor de 0,923 muy cercano a 1) y el test de esfericidad de Barlett (con un nivel de significación de 0,000 mucho menor al que normalmente se toma como referencia: 0,05 y, por tanto, muy significativo) (tabla 4), comprobamos que existe cierto nivel de correlación entre las diferentes variables, por tanto se puede llevar a cabo dicho análisis factorial.

Seguidamente, a través del criterio de la varianza (tabla 5), hemos seleccionado cinco factores que explican 66,862% de la varianza de las variables originales, lo que implica que es una solución satisfactoria en el caso de las ciencias sociales (Luque Martínez, 2000).

**Tabla 3. Matriz de correlación anti-imagen.**

	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	<i>P9</i>	<i>P10</i>	<i>P11</i>
P1	<b>,857</b>	-,324	-,063	-,119	,146	-,005	-,138	,048	-,005	-,062	-,112
P2	-,324	<b>,851</b>	-,351	-,153	,025	-,077	,037	-,012	-,028	,033	,003
P3	-,063	-,351	<b>,888</b>	-,144	-,213	,075	,007	-,087	,021	-,035	,038
P4	-,119	-,153	-,144	<b>,892</b>	-,286	-,057	-,004	-,069	-,035	,021	-,056
P5	,146	,025	-,213	-,286	<b>,901</b>	-,130	-,167	-,006	-,044	-,100	-,012
P6	-,005	-,077	,075	-,057	-,130	<b>,931</b>	-,331	-,050	-,072	-,096	-,062
P7	-,138	,037	,007	-,004	-,167	-,331	<b>,896</b>	-,268	-,109	,100	-,052
P8	,048	-,012	-,087	-,069	-,006	-,050	-,268	<b>,935</b>	-,092	-,089	,079
P9	-,005	-,028	,021	-,035	-,044	-,072	-,109	-,092	<b>,939</b>	-,282	-,196
P10	-,062	,033	-,035	,021	-,100	-,096	,100	-,089	-,282	<b>,886</b>	-,028
P11	-,112	,003	,038	-,056	-,012	-,062	-,052	,079	-,196	-,028	<b>,929</b>
P12	,073	,060	-,036	-,057	-,012	,082	-,149	-,033	,046	-,362	-,243
P13	,014	,031	-,041	-,076	-,043	,019	-,010	-,126	-,055	,151	-,147
P14	,031	-,043	,019	-,170	,109	-,075	-,054	-,056	,053	-,143	-,001
P15	,073	-,047	-,132	,088	-,106	-,002	-,082	-,111	,022	,040	-,029
P16	,022	-,116	,054	,077	-,039	-,109	,054	,064	-,064	,023	,043
P17	-,030	,076	,036	-,187	,053	,005	,098	-,142	,014	-,085	-,126
P18	-,150	,059	,032	,050	-,027	-,052	,062	-,053	-,035	-,043	-,024
P19	-,025	-,024	-,033	,172	-,007	-,022	-,075	-,063	-,039	-,010	,006
P20	-,123	-,047	-,021	,115	,040	,072	-,038	,105	-,048	,018	,074
P21	-,001	-,040	,035	,021	-,078	-,060	,138	-,072	-,063	,033	-,023
P22	-,007	,019	-,031	-,101	,070	-,027	-,105	,041	,014	-,073	-,019

	<i>P12</i>	<i>P13</i>	<i>P14</i>	<i>P15</i>	<i>P16</i>	<i>P17</i>	<i>P18</i>	<i>P19</i>	<i>P20</i>	<i>P21</i>	<i>P22</i>
P1	,073	,014	,031	,073	,022	-,030	-,150	-,025	-,123	-,001	-,007
P2	,060	,031	-,043	-,047	-,116	,076	,059	-,024	-,047	-,040	,019
P3	-,036	-,041	,019	-,132	,054	,036	,032	-,033	-,021	,035	-,031
P4	-,057	-,076	-,170	,088	,077	-,187	,050	,172	,115	,021	-,101
P5	-,012	-,043	,109	-,106	-,039	,053	-,027	-,007	,040	-,078	,070
P6	,082	,019	-,075	-,002	-,109	,005	-,052	-,022	,072	-,060	-,027
P7	-,149	-,010	-,054	-,082	,054	,098	,062	-,075	-,038	,138	-,105
P8	-,033	-,126	-,056	-,111	,064	-,142	-,053	-,063	,105	-,072	,041
P9	,046	-,055	,053	,022	-,064	,014	-,035	-,039	-,048	-,063	,014
P10	-,362	,151	-,143	,040	,023	-,085	-,043	-,010	,018	,033	-,073
P11	-,243	-,147	-,001	-,029	,043	-,126	-,024	,006	,074	-,023	-,019

CITIES IN COMPETITION

P12	<b>,885</b>	-,200	-,016	-,078	-,033	,050	-,002	,066	-,095	-,082	,111
P13	-,200	<b>,905</b>	-,307	,081	-,051	,077	-,052	-,116	-,098	,074	-,106
P14	-,016	-,307	<b>,927</b>	-,135	-,043	-,006	-,144	-,086	-,038	-,048	,037
P15	-,078	,081	-,135	<b>,901</b>	-,302	-,126	-,101	,042	-,038	,001	,025
P16	-,033	-,051	-,043	-,302	<b>,839</b>	-,290	-,085	-,067	-,082	-,039	,144
P17	,050	,077	-,006	-,126	-,290	<b>,833</b>	,009	-,115	-,016	,098	-,100
P18	-,002	-,052	-,144	-,101	-,085	,009	<b>,930</b>	-,216	-,017	-,003	-,079
P19	,066	-,116	-,086	,042	-,067	-,115	-,216	<b>,895</b>	,091	-,078	-,079
P20	-,095	-,098	-,038	-,038	-,082	-,016	-,017	,091	<b>,804</b>	-,394	-,281
P21	-,082	,074	-,048	,001	-,039	,098	-,003	-,078	-,394	<b>,813</b>	-,368
P22	,111	-,106	,037	,025	,144	-,100	-,079	-,079	-,281	-,368	<b>,837</b>

Fuente: elaboración propia.

**TABLA 4. Kaiser-Meyer-Olkin y test de Barlett.**

<i>Kaiser-Meyer-Olkin.</i>		,923
<i>Prueba de esfericidad de Barlett</i>	Chi-cuadrado aproximado	4173,978
	gl	231
	Sig.	,000

Fuentes: elaboración propia.

**Tabla 5. Varianza total explicada por los factores.**

Componentes	<i>Autovalores iniciales</i>		
	Total	% varianza	% acumulado
<b>1</b>	9,303	42,284	42,284
<b>2</b>	1,756	7,983	50,268
<b>3</b>	1,291	5,869	56,136
<b>4</b>	1,262	5,737	61,874
<b>5</b>	1,097	4,989	66,862
6	,713	3,239	70,101
7	,650	2,954	73,055
8	,629	2,857	75,912
9	,586	2,662	78,574
10	,569	2,585	81,159
11	,506	2,300	83,459
12	,488	2,219	85,678
13	,452	2,057	87,734
14	,420	1,907	89,642
15	,413	1,879	91,520
16	,386	1,755	93,276

NOTES ON STRATEGY, PLANNING AND INTERNATIONALIZATION

17	,314	1,429	94,705
18	,275	1,251	95,956
19	,269	1,222	97,178
20	,232	1,056	98,235
21	,206	,936	99,171
22	,182	,829	100,000

Fuente: elaboración propia.

Por último, para conocer cómo se relacionan los cinco factores obtenidos con las variables de partida, se ha rotado la matriz factorial original con el objetivo de buscar una estructura más sencilla de interpretar, seleccionándose una rotación ortogonal varimax (tabla 6).

El primer factor o componente, que incluye desde la variable P1 hasta la P8, lo denominaremos *atención recibida del personal médico*, pues hace referencia a la competencia técnica y al trato humano recibido del médico. Las ocho variables presentan cargas significativas con el mismo signo, lo que sugiere que estas percepciones son bastante similares en las respuestas, no actuando en sentidos opuestos:

- P1. Preparación del médico.
- P2. Confianza transmitida por el médico.
- P3. Realización del servicio correctamente a la primera, por parte del médico.
- P4. Claridad en la información suministrada por el médico.
- P5. Seguimiento individualizado por el médico de cada paciente.
- P6. Amabilidad del médico.
- P7. Interés demostrado por el médico.
- P8. Disposición de los médicos para prestar el servicio de inmediato.

La segunda dimensión la denominamos *trato humano recibido del personal de administración y de enfermería* ya que recoge diversos aspectos relacionados con la eficacia y el trato humano suministrado por el personal sanitario no médico, esto es, enfermeros, ATS, fisioterapeutas, etc. y por el personal no sanitario, por ejemplo personal de administración, de información, etc.

- P9: Amabilidad del personal de enfermería.
- P10: Amabilidad del personal no sanitario (información, administración, etc.).
- P11. Preparación del personal de enfermería.
- P12. Preparación del personal no sanitario.

TABLA 6. Matriz de componentes con rotación VARIMAX.

Componentes	1	2	3	4	5
P1	0,609	0,137	-,178	0,535	0,190
P2	0,751	0,184	0,134	0,262	0,188
P3	0,686	0,250	0,169	0,163	0,205
P4	0,732	0,274	0,279	-,002	0,021
P5	0,568	0,163	0,520	0,181	-,009
P6	0,631	0,227	0,398	0,191	0,016
P7	0,732	0,304	0,310	0,135	0,076
P8	0,647	0,294	0,371	0,129	0,093
P9	0,241	0,732	0,190	0,199	0,085
P10	0,218	0,779	0,280	0,077	0,013
P11	0,298	0,758	0,051	0,245	0,138
P12	0,289	0,747	0,231	0,088	0,126
P13	0,387	0,274	0,579	-,035	0,233
P14	0,402	0,181	0,686	0,083	0,035
P15	0,323	0,073	0,206	0,711	0,044
P16	0,016	0,144	0,521	0,645	0,127
P17	0,135	0,274	0,108	0,729	0,109
P18	0,277	0,268	0,492	0,268	0,059
P19	0,182	0,203	0,638	0,289	0,225
P20	0,004	0,047	0,022	0,130	0,777
P21	0,114	0,098	0,162	0,145	0,799
P22	0,167	0,082	0,082	-,033	0,735

Fuente: elaboración propia.

*Accesibilidad y organización del servicio* será la denominación del tercer factor, que recogerá diversos aspectos relacionados con la organización, tales como la coordinación entre niveles asistenciales, como por ejemplo entre los servicios de Atención Primaria y Especializada, tiempo que dedica el médico, facilidad de trámites y papeles y facilidad de acceso (horarios de consultas, visitas, aparcamientos, etc.).

P13. Coordinación entre niveles asistenciales.

P14. Tiempo dedicado por el médico.

P18. Facilidad con los trámites y papeles.

P19. Facilidad de acceso.

La cuarta componente agrupará las variables P15, P16 y P17 y la que denominaremos elementos tangibles del servicio, ya que hacen referencia tanto a la tecnología sanitaria como al aspecto físico de las instalaciones y del personal:

P15. Apariencia del equipamiento médico (equipos, aparatos, herramientas, etc.).

P16. Aspecto de las instalaciones.

P17. Aspecto físico del personal.

Finalmente, con la denominación *tiempo de espera* en la prestación del servicio sanitario público recogemos las variables P20, P21 y P22, ya que hacen referencia a esta circunstancia, tanto para dar una cita, como para realizar análisis como para ser intervenido quirúrgicamente.

P20. Tiempo de espera para conseguir una cita.

P21. Tiempo de espera para hacer pruebas complementarias.

P22. Tiempo de espera para ser intervenido quirúrgicamente.

## 5. CONCLUSIONES

El presente trabajo aborda el estudio de la calidad asistencial desde la perspectiva del paciente. Este modo de entender la calidad está consolidándose actualmente como un factor esencial. Así, en los últimos años asistimos a un cambio de actitud fundamental en los sistemas sanitarios, de manera que el paciente pasa a ser el centro de la atención y la calidad sólo se mejora cuando los procesos están diseñados sobre la premisa de satisfacer sus necesidades (Villegas et al., 2003).

En cuanto a la metodología de medición, ésta se basa en el diseño de un cuestionario adaptado del SERVQUAL y SERVPERF al entorno sanitario. Esta necesidad de adaptación es sugerida por Carman (1990), Babakus et al. (1992) e incluso por los propios diseñadores de la escala SERVQUAL, afirmando que los ítems deben ser clientizados para cada tipo de servicio.

Por último, los resultados obtenidos en función de los objetivos especificados para la investigación empírica pueden resumirse de la siguiente forma:

- Cuantificación de la calidad percibida por los clientes: presenta un valor medio de 3,8337 en una escala de 7 puntos.
- Conocer la calidad percibida por los usuarios del sistema público de salud: los resultados que se han obtenido son significativos e interesantes y merecen ser tomados en consideración. De esta forma, se pretende contribuir a la movilización del sistema público de salud, identificando por un lado los puntos fuertes, como la confianza en la profesionalidad del personal sanitario y en la tecnología e instrumentación utilizadas, para subrayarlos y reforzarlos; y, por otro lado, las debilidades del servicio, como la coordinación entre distintos niveles asistenciales o el tiempo de espera, para tratar de mejorarlas o resolverlas. Uno de los puntos débiles de la Sanidad Pública está relacionado con la presión asistencial que existe en las organizaciones sanitarias, sobre todo en los centros de salud, lo que provoca que los recursos humanos se perciban como escasos para dar una suficiente agilidad a la demanda asistencial y que los medios físicos se vean como inadecuados e incómodos para recibir a los usuarios. En cuanto al tiempo de espera y en concreto “tiempo que transcurre para dar una cita”, existen respuestas muy diversas (desviación típica muy elevada: 1,881), esto se debe, según puntualizaciones obtenidas durante las entrevistas con los encuestados, a que éstos consideran que normalmente las citas para especialistas se demoran mucho en el tiempo, mientras que para el caso la Atención Primaria el servicio suele ser mucho más ágil. Este aspecto es importante tenerlo en cuenta para estudios posteriores, de manera que pudieran analizarse en mayor profundidad ambos aspectos por separado.
- Comparar la calidad percibida por los usuarios y no usuarios del sistema de salud: la experiencia modifica positivamente la valoración del servicio sanitario. Tanto las personas que utilizan la Sanidad Pública como las que no lo hacen, siguen la misma tendencia en cuanto a los aspectos que son mejor o peor valorados en la

misma, aunque en el caso de los usuarios la valoración es algo mayor. Es decir, los clientes potenciales perciben un nivel de calidad de servicio más bajo que los propios usuarios de la Sanidad Pública. Estas valoraciones las realizan personas que no han experimentado con el servicio sanitario público y, por tanto, sus opiniones provienen de un conocimiento derivado de fuentes externas, de la imagen socialmente compartida que existe sobre los servicios públicos y que se caracteriza por una buena tecnología y buenos profesionales, pero con una cierta debilidad en cuanto al trato personalizado, la agilidad del servicio y la comodidad de los centros. Se concluye que la opinión que se obtiene a partir de la experiencia es más positiva que la obtenida con independencia de ella. Este hecho demuestra lo importante que es trabajar sobre la imagen de la Sanidad Pública a través de los medios de comunicación, para dar a conocer la labor desempeñada por el sistema sanitario público en mejorar su servicio, promoviendo la confianza e incluso la satisfacción de todos los ciudadanos, usuarios o no. Se identifica así una debilidad por parte del sistema sanitario público en este ámbito, ya que la imagen global es peor que la que poseen los que han tenido contacto real con el servicio.

- Averiguar si algunos de los veintidós ítems comparten características comunes de forma que puedan resumirse en un pequeño número de factores que expliquen básicamente lo mismo que las variables observables de partida. La aplicación del análisis factorial ofrece como resultado las siguientes dimensiones de la calidad de servicio sanitario: atención recibida del médico, atención recibida del personal de administración y de enfermería, accesibilidad y organización del servicio, elementos tangibles del servicio y el tiempo de espera en la prestación del servicio sanitario público.

## BIBLIOGRAFÍA

- Babakus, E.; Boller, W.B. (1992): "An empirical assessment of the SERVQUAL scale". *Journal of Business Research*, vol. 24, pp. 253-268.
- Berry, L. L.; Bennet, D.R.; Brown, C.W. (1989): *Calidad de servicio. Una ventaja estratégica para instituciones financieras*. Madrid: Díaz de Santos.
- Berry, L. L.; Parasuraman, A. (1993): *Marketing de servicios. La calidad como meta*. Barcelona: Parramón.
- Bigné, E.; Moliner, M. A.; Sánchez, J. (1997): "Calidad y satisfacción en los servicios hospitalarios esenciales y periféricos". *Investigación y Marketing*, nº 57, pp. 55-61.
- Bigné, J. E.; Martínez Fuentes, C.; Miquel Romero, M. J.; Belloch Rodrigo, A. (1996): "La calidad de servicio en las agencias de viaje. Una adaptación de la escala SERVQUAL". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 5, nº 2, pp. 7-18.
- Bowers, M.R.; Swan, J.E.; Koehler, W.F. (1994): "What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery". *Health Care Management Review*, vol. 19, nº 4, pp. 49-55.
- Brown, T.J.; Churchill, G.A.; Peter, J.P. (1993): "Improving the measurement of service quality". *Journal of retailing*; vol. 69, nº 1; pp. 127-139.
- Carman, J.M. (1990): "Consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, vol. 66, nº 1, pp. 33-55.
- Cronin, J. J.; Taylor, S. A. (1992): "Measuring service quality: a reexamination and extension". *Journal of Marketing*, vol. 56, nº 3, pp. 55-69.
- Cronin, J.J.; Taylor, S.A. (1994): "SERVPERF versus SERVQUAL. Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality". *Journal of Marketing*, vol. 58, nº 1, pp. 125-131.
- Curry, A.; Stark, S. (2000): "Quality of service in nursing homes". *Health Service Management Research*, vol. 13, nº 4, pp. 205-15.
- Falces Delgado, C.; Sierra Díez, B.; Becerra Grande, A.; Briñol Turnes, P. (1999): "Hotelqual: una escala para medir calidad percibida en servicios de alojamiento". *Estudios turísticos*, nº 139, pp. 95-110.
- Fernández Barcala, M. (1995): "Calidad del servicio: una valoración de la banca". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 4, nº 3, pp. 127-136.
- Fernández Barcala, M. (2000): "Validación de SERVQUAL como instrumento de medida de la calidad de servicio bancario". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 9, nº 1, pp. 57-70.
- Gea, M.T.; Hernán, M.; Jiménez-Martín, J.; Cabrera, A. (2001): "Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves". *Calidad Asistencial*, vol. 16, nº 1, pp. 37-33.
- Jun M., Peterson, R.T., Zsidisin, G.A. (1998): "The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results". *Health Care Manage Rev*, nº 23, pp. 81-96.

- Lam, S. (1997): "Servqual: a tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong". *Total Quality Management*, vol. 8, nº 4, pp. 145-153.
- Larrabee, J.H.; Bolden, L.V. (2001): "Defining patient-perceived quality of nursing care". *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 16, nº 1, pp. 34-60.
- Lloréns Montes, F. J. (1995): "Un análisis de la importancia relativa que tienen las dimensiones de la calidad de servicio en la percepción del cliente". *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, nº 29, pp. 35-45.
- Luque Martínez, T. (2000): *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*. Madrid: Pirámide.
- Lytle, Mokwa (1992) citado por Villegas Perinián M., Rosa Díaz I.M. (2003): *La calidad asistencial: concepto y medida*. Dirección y organización, nº 29, pp. 50-58.
- Martínez-Tur, V., Peiró Silla, J.M., Ramos, J. (2001): *Calidad de servicio y satisfacción del cliente*. Valencia: Síntesis.
- Mira, J. J.; Aranaz, J. (2000): "La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria". *Medicina Clínica*, vol. 114, pp. 26-33.
- Mira Solves, J. J.; Buil Aina, J. A.; Rodríguez-Marín, J.; Aranaz Andrés, J. (1997): "Calidad percibida del cuidado hospitalario". *Gaceta sanitaria*, nº 11, pp. 176-189.
- Mira, J. J.; Aranaz, J.; Rodríguez-Marín, J.; Buil, J. A.; Castell, M.; Vitaller, J. (1998): "SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria". *Medicina Preventiva*, nº 4, pp. 12-18.
- Mira, J. J., Galdon, M.; García, E. I.; Velasco, M. V.; Lorenzo, S.; Vitaller, J.; Marqués, J. A.; Llinás, G.; Rodríguez, M. J.; Pino, M. A.; Moreno Peralta, J.; Ignacio, J. M.; Ramos, G.; Aranaz, J.; Arriaga Piñeiro, E.; Orozco, D.; Gil, V.; Buil, J. A. (1999): "¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Calidad asistencial*, vol. 14, pp. 165-177.
- Mira, J.J.; Rodríguez-Marín, J.; Peset, R.; Ybarra, J.; Pérez-Jover, V.; Palazón, I.; Llorca, E. (2002): "Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria". *Calidad Asistencial*, vol. 17, nº 5, pp. 273-283.
- Moliner, M.A.; Moliner, J. (1996): "La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing". *Atención primaria*, vol. 17, nº 6, pp. 400-406.
- Monteagudo, O.; Navarro, C.; Alonso, P.; Casas, R.; Rodríguez, L.; Gracia, J.; García-Caballero, J.; Herruzo, R. (2003): "Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción". *Calidad asistencial*, vol. 18, nº 5, pp. 263-271.
- Murrow, C.A.; Murrow, J. (2002): "Professional and patient perspectives help define nursing quality". *Marketing Health Services*, vol. 22, nº 4; pp. 14-17.
- O'Connor, S.J.; Trinh, H.Q.; Shewchuk, R.M. (2000): "Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality". *Health Care Management Review*, vol. 25, nº 2, pp. 7-23.
- Oswald, S.L.; Turner, D.E.; Snipes, R.L.; Butler, D. (1998): "Quality determinants and hospital satisfaction". *Marketing Health Services*, vol. 18, nº1, pp. 19-22.
- Ozge Uzun, P.D. (2001): "Patient satisfaction with nursing care at a University Hospital in Turkey". *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 16, nº 1, pp. 24-33.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.L. (1985): "A conceptual model of service quality and its implications for future research". *Journal of Marketing*, vol. 49, Autumn, pp. 41-50.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.L. (1988): "SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, vol. 64, nº 1, pp. 12-40.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.L. (1994): "Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research". *Journal of Marketing*, vol. 58, nº 1, pp. 111-124.
- Puay Cheng Lim, N. (2000): "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 13, nº 7, pp. 290-300.
- Scardina, S.A. (1994): "SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care". *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 8, nº 2, pp. 38-46.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2001): *La sanidad desde el otro lado. Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Teas, R.K. (1993): "Expectations, performance, evaluation and consumers' perceptions of quality". *Journal of Marketing*, vol. 57, pp. 18-34.
- Varo, J. (1994): *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Vázquez Casielles, R.; Díaz Martín, A.; Rodríguez Del Bosque, I. A. (1997): "Calidad de servicio y satisfacción del consumidor: un enfoque multidimensional para empresas de supermercados", *Información Comercial Española*, nº 63, pp. 120-137.
- Vázquez Casielles, R.; Díaz Martín, A.; Santos Vijande, M.L. (2000): "Calidad de servicio y su influencia sobre la satisfacción: desarrollo de un enfoque fundamentado en el análisis conjunto para establecer estrategias de actuación en empresas de servicios turísticos." *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 9, nº1, pp. 39-56.
- Villegas Perinián M., Rosa Díaz I.M. (2003): *La calidad asistencial: concepto y medida*. Dirección y organización, nº 29, pp. 50-58.
- Wong, J.C.H. (2002): "Service quality measurement in a medical imaging department". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 15, nº 4/5, pp. 206-212.
- Youssef, F.; Nel, D.; Bovaird, T. (1995): "Service quality in HHS hospitals". *Journal of Management in Medicine*, vol. 9, nº 1, pp. 66-74.