

10/15/05

MIRA JJ, BUIL A, RODRÍGUEZ-MARÍN J, ARANAZ J. CALIDAD PERCIBIDA DEL CUIDADO HOSPITALARIO. GACETA SANITARIA 1997; 11: 176-189

**CALIDAD PERCIBIDA DEL CUIDADO HOSPITALARIO:
ADAPTACIÓN DEL SERVQUAL AL HOSPITAL PÚBLICO**

José Joaquín Mira Solves*†, José Antonio Buil Aina#, Jesús Rodríguez-Marín* y Jesús Aranz Andrés†

Investigación financiada con cargo al proyecto FIS 94/0495

Fundamento SERVQUAL es uno de los cuestionarios más utilizados para medir la calidad percibida por los clientes de empresas de servicios desde el denominado *paradigma de la desconfirmación* (diferencia entre expectativa y percepción del servicio). Desde su publicación SERVQUAL ha sido muy utilizado en multitud de contextos del sector privado (aseguradoras, banca, transportes, hostelería, restauración, tarjetas de crédito, alquiler de vehículos, comunicaciones y sanidad), aunque su empleo en el sector sanitario público está poco extendido. La literatura sugiere que la validez de construcción del SERVQUAL en el medio hospitalario no es adecuada y, por tanto, se requiere una revisión de los elementos del SERVQUAL antes de su empleo en dicho contexto.

Métodos Este trabajo tiene como objetivo validar una versión del SERVQUAL en el hospital (SERVQHOS). Se diseñó un estudio descriptivo basado en encuestas por correo con análisis multivariante de los datos. Se entrevistó a dos muestras (n=388; n=438) de pacientes dados de alta en cada uno de los hospitales de Alicante, Elche y Elda de la provincia de Alicante. Se evaluó la idoneidad de la escala de percepciones y de expectativas así como las puntuaciones SERVQHOS y SERVQUAL obtenidas en función de la diferencia entre expectativas y percepciones.

Resultados Mediante análisis estructural no pudieron confirmarse las cinco dimensiones SERVQUAL ($p < 0.01$). la versión SERVQHOS explicó un mayor porcentaje de varianza que SERVQUAL (56% vs 50%). Los valores Alfa de Cronbach oscilaron en torno a 0.90 si bien la consistencia de los factores SERVQUAL fue superior a la versión SERVQHOS. Las escalas de percepciones reunieron una mayor capacidad predictiva que las puntuaciones derivadas de la diferencia entre expectativas y percepciones. La escala de Percepciones-SERVQHOS mostró una mayor capacidad predictiva que la versión SERVQUAL con respecto a los criterios "satisfacción del paciente" (55% vs 45% de varianza explicada) y "¿es recomendable el hospital?" (76.36% vs 72.58% de clasificaciones correctas con respecto a los niveles de respuesta del criterio).

Conclusiones Las críticas al SERVQUAL han sido confirmadas en este trabajo. Se sospecha que SERVQUAL, o mediciones derivadas como SERVQHOS, es más bien una escala unidimensional que evalúa la calidad global percibida. Si bien el valor predictivo de las escalas de percepciones fue superior al de la magnitud de la diferencia entre expectativas y percepciones, el paradigma de la desconfirmación reúne *valor diagnóstico* para monitorizar el logro de objetivos de calidad de los servicios profesionales.

Palabras clave: Calidad del Servicio, Satisfacción del paciente, SERVQUAL

*Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante. Apartado de Correos 374 (C.P. 03080 Alicante).

†Hospital Genral Universitario de Alicante (J.J.Mira Unidad Investigación; J. Aranz Serv. Medicina Preventiva).

#Dirección Territorial de la Consejería de Sanidad y Consumo. Alicante.

**LA MEDIDA DE LA CALIDAD PERCIBIDA DEL CUIDADO HOSPITALARIO:
ADAPTACIÓN DEL SERVQUAL AL HOSPITAL PÚBLICO**

La satisfacción del paciente constituye un elemento deseable del resultado de la asistencia sanitaria¹, razón por la que se ha extendido esta medida tanto en Atención Primaria como en hospitales, normalmente mediante cuestionarios^{2 3 4 5 6}. No obstante, un buen número de éstos presentan escasa validez y fiabilidad^{7 8}, hasta el punto de afirmarse que muchos de ellos no aportan información que ayude a mejorar la calidad del servicio sanitario^{9 10}. Por esta razón se ha planteado la necesidad de introducir nuevos métodos, entre ellos los ofrecidos por el modelo SERVQUAL.

SERVQUAL nace en 1986 de la mano de Parasuraman, Zeithaml y Berry^{11 12 13} (PZB) diseñado para evaluar la calidad del servicio (CS) percibida por el cliente de empresas de servicios. SERVQUAL es un cuestionario desarrollado tras un amplio número de entrevistas con directivos y clientes claves de empresas de servicios de mantenimiento, banca, tarjetas de crédito y comunicaciones a larga distancia, que contiene 22 pares de items que exploran cinco dimensiones (seguridad, tangibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad y empatía). Los primeros 11 items exploran las percepciones del cliente y los 11 siguientes las expectativas del cliente sobre el servicio ideal. El concepto de CS que adoptan PZB coincide con el de diversos autores para quienes la calidad percibida viene definida por la magnitud y sentido de la diferencia (paradigma de la desconfirmación) entre lo que el cliente espera (expectativa) y lo que obtiene (percepción)^{14 15 16 17 18 19}. Si la expectativa supera lo percibido el cliente considerará que la calidad es mala. En un trabajo posterior²⁰, PZB revisaron la estructura inicialmente propuesta, redefinieron algunos de los items y sugirieron que se ponderara (SERVQUAL versión ponderada) en una escala de 0 a 100 la importancia relativa que los clientes atribuyen a cada una de las cinco dimensiones. La utilización de este método se justifica en base a la mayor información para la gestión de la calidad que se obtiene al calcular la diferencia entre lo que se considera deseable que ocurra (expectativa) y lo que realmente ha ocurrido (percepción).

Aunque el empleo del SERVQUAL está muy extendido en el sector servicios²¹ persisten ciertos problemas metodológicos^{14 22 23 24 25 26}. Entre ellos destacan que: no se ha podido corroborar la estructura en cinco dimensiones del cuestionario; algunos items han debido ser reformulados o bien se ha comprobado que saturan en dimensiones diferentes a las propuestas; se han planteado objeciones a la medida de las expectativas; la versión ponderada no se ha comprobado que mejore la capacidad predictiva del SERVQUAL; es necesario ir adaptándolo a cada situación; pero, sobre todo, se ha objetado que la sola medida de las percepciones es más efectiva, reúne mayor validez discriminante y mayor capacidad predictiva que el resultado de la diferencia "percepciones menos expectativas" (P-E). Al intentar adaptar SERVQUAL al hospital, Babakus y Mangold²⁷ no pudieron reproducir, mediante análisis estructural LISREL, su estructura en cinco dimensiones (aunque obtuvieron buenos parámetros) y hallaron que la escala de percepciones mostraba correlaciones mayores con el nivel de satisfacción del paciente que la puntuación SERVQUAL (P-E). En un reciente estudio, Van Campen et al²⁸ al comparar 4 de los instrumentos de medida de la satisfacción del paciente más utilizados en el sector sanitario (PSQ²⁹, CSQ³⁰, SPPCS³¹, PJHQ³²) con SERVQUAL, recomiendan pese a todo la utilización de este último en base a los datos sobre fundamentación teórica, validez de construcción, validez discriminante, fiabilidad y facilidad de uso. Sin embargo, todo hace suponer que es necesario adaptar SERVQUAL al medio sanitario^{33 34}.

El objetivo de este estudio es adaptar una versión del SERVQUAL para ser utilizada en la evaluación de la CS hospitalario puesto que aporta mayor información para la toma de decisiones en la mejora de la calidad que la suministrada por las encuestas de posthospitalización.

Método

Se realizó un estudio en el que mediante encuestas anónimas y voluntarias, remitidas por correo a clientes de hospitales, se pretendía analizar la estructura psicométrica de un cuestionario basado en SERVQUAL (al que denominamos SERVQHOS) para su utilización como herramienta para valorar la Calidad percibida del servicio sanitario prestado en hospitales de nuestra provincia.

La recogida de datos tuvo lugar entre enero y febrero de 1995, contando con la colaboración de los hospitales del Servicio Valenciano de Salud de: Hospital General y Universitario de Alicante, Hospital General y Universitario de Elche y Hospital General de Elda (en adelante Alicante, Elche y Elda).

Se determinaron: validez (de construcción y predictiva), consistencia interna, aditividad y se analizaron individualmente los elementos de cada escala. La *validez de construcción* se calculó mediante análisis factorial confirmatorio y exploratorio; la *validez criterial* considerando como criterios predictivos concurrentes el nivel de satisfacción del paciente en una escala de 4 a 1 (muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho y nada satisfecho) y si el hospital, a su juicio, era recomendable para otros pacientes (que contaba con tres niveles de respuesta valorados de 3 a 1: sin dudar, nunca, tengo dudas); la *fiabilidad* (consistencia interna) mediante Alfa de Cronbach y por la técnica de la división por mitades (aplicando el coeficiente de Spearman-Brown para corregir el efecto de una mayor longitud de las escalas), excepto en el caso de la escala de la diferencia entre expectativas y percepciones donde se aplicó la fórmula (1) para constructos operacionalizados²⁵. La *aditividad* de las escalas se estimó por el test de Tukey. Por último, se *analizaron los elementos* del cuestionario mediante el valor de las comunalidades, el cálculo de la correlación ítem total, una vez eliminado el valor del ítem de la puntuación total de la escala y el Alfa de Cronbach, al eliminar el ítem.

$$r_{CO} = \frac{\sigma_1^2 r_{11} + \sigma_2^2 r_{22} - 2 r_{12} \sigma_1 \sigma_2}{\sigma_1^2 + \sigma_2^2 - 2 r_{12} \sigma_1 \sigma_2} \quad (1)$$

donde r_{11} y r_{22} representan las fiabilidades de los componentes de la puntuación, σ_1^2 y σ_2^2 son las varianzas de estos componentes y r_{12} la correlación entre ambos componentes.

Sujetos

Se consideraron: (a) pacientes dados de alta -con exclusión de Pediatría- en los últimos dieciocho meses (distribuidos proporcionalmente entre las altas producidas en el tercer y cuarto trimestre de 1993 y segundo y tercer trimestre de 1994) de los hospitales citados (en adelante muestra A); y (b) antiguos pacientes del hospital residentes actualmente en el área de salud de influencia del hospital, distribuidos entre todas las zonas de salud de cada área sanitaria (en adelante muestra B).

Mediante muestreo sistemático se seleccionó los sujetos de la muestra A, distribuidos entre los tres hospitales. La selección de la muestra B se realizó mediante muestreo estratificado. Los estratos considerados en este caso fueron las zonas de salud de cada área. En cada estrato se procedió a la selección al azar de los sujetos que integraban la muestra manteniendo la proporción observada de habitantes en la población de referencia. Se empleó el listín telefónico, año 1994, asumiendo los errores de muestreo que ello conlleva.

El porcentaje de devoluciones por el Servicio de Correos, en su mayoría por dirección incorrecta o titular desconocido, fue el siguiente: (a) muestra A de Alicante, Elche y Elda, 6.23, 16.63 y 3.67% respectivamente; (b) muestra B primer envío 7.19, 7.71 y 5%; (c) muestra B segundo envío 5.42, 6.46 y 5%. Respondieron a la encuesta 388 altas hospitalarias (136 Alicante, 117 Elche y 135 Elda); y 438 antiguos pacientes (127 Alicante, 136 Elche y 175 Elda). La tasa de respuesta fue 15.26% en el caso de la muestra A, y de 16.29% en el caso de la muestra B, ligeramente superior a lo esperado.

De la muestra A, 153 eran hombres y 226 mujeres. La proporción por sexo ($p=0.906$), situación laboral ($p=0.394$), estado civil ($p=0.272$) y estudios concluidos ($p=0.190$) fue proporcional entre hospitales. La media de edad fue de 47.46 años (d.t.=19.95) y, como media, habían tenido un total de 2.97 ingresos en ese hospital (d.t.= 2.93). Los hombres resultaron ser mayores (54.83, d.t.= 20.67 *versus* 42.43 años, d.t.= 17.82; $t_{293.84}=6.04$, $p=0.0001$).

263 hombres y 163 mujeres componen la muestra B. La proporción por sexo ($p=0.299$), situación laboral ($p=0.638$) y estado civil ($p=0.783$) de quienes respondieron fue proporcional entre hospitales. Existieron diferencias en la muestra en función de los estudios concluidos ($p=0.006$) con una mayor proporción de *sin estudios o estudios primarios* en Elche y Elda. La media de edad fue de 51.39 años (d.t.= 17.08). Como media, habían estado ingresados en sus hospitales de referencia 2.20 veces (d.t.= 2.69). Los hombres resultaron ser mayores (54.56, d.t.= 16.81 *versus* 46.14, d.t.= 16.14; $t_{417}=5.06$, $p=0.0001$).

Material

La versión del cuestionario SERVQUAL utilizada con la muestra A incluía 32 ítems en dos escalas, una sobre percepciones y otra sobre expectativas sobre la asistencia hospitalaria (cuestionario SERVQHOS). La escala de percepciones contenía 14 ítems del SERVQUAL que exploraban las dimensiones: Tangibles (4 ítems), Fiabilidad (2 ítems), Capacidad de respuesta (3 ítems), Seguridad (3 ítems) y Empatía (2 ítems) y otros 9 ítems adicionales que incluían sugerencias de estudios previos²² sobre aspectos a explorar como: *información médica, accesibilidad física, trato de enfermería o consentimiento informado*. La escala de expectativas sobre el hospital ideal contenía 9 ítems del SERVQUAL (2 Tangible, 1 Capacidad de respuesta, 2 Fiabilidad, 2 Seguridad, 2 Empatía) en donde se respondía a las condiciones que debiera reunir un hospital ideal, aquel con el que se sentiría completamente satisfecho (expectativa normativa). La muestra B respondió sólo a los 23 ítems (14 y 9) originales SERVQUAL. Los ítems seleccionados fueron aquellos que se consideraron más fáciles de aplicar en el medio sanitario. Los ítems se obtuvieron de la versión SERVQUAL en español³⁵. Los ítems fueron redactados de forma que reflejaran las circunstancias del hospital. En este caso se optó por no utilizar una versión ponderada teniendo en cuenta las recomendaciones de Babakus y Mangold²⁷ en la adaptación del SERVQUAL al hospital y de otros autores en otras aplicaciones^{24 26}. Todos los ítems se valoraban en una escala de cinco pasos tipo Likert (completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo) puntuados de 1 a 5. Considerando los resultados de PZB²⁰ en el sentido de que los ítems redactados en sentido negativo conformaban un factor independiente en forma artefactual, todos los ítems originales SERVQUAL fueron redactados en sentido positivo. Recogiendo sugerencias^{22 27} sobre la redacción de la escala de expectativas éstas fueron redactadas en términos de *un buen hospital se caracteriza porque... cura eficazmente... antes que por otras cosas*.

Las puntuaciones en los factores o en las escalas han sido calculadas en virtud del modelo SERVQUAL con la sola excepción que, en este caso, la hipótesis de desconfirmación es el resultado de la diferencia entre expectativas menos percepciones con el propósito de obtener siempre puntuaciones positivas.

Resultados

Se presentan primero los resultados en la validación de la escala de percepciones del SERVQHOS y, seguidamente, los resultados referidos a la escala de expectativas. Tercero, los resultados al analizar la magnitud de la diferencia entre Expectativas y Percepciones.

Escala de percepciones SERVQHOS

La *validez de construcción* de la versión SERVQHOS de 23 ítems se estableció mediante análisis estructural por el procedimiento de Bentler-Bonett (BMDP-EQS 5.0). El valor Ji-Cuadrado fue de 747.15, $p<0.01$ para 215 g.l. Índice de bondad del ajuste Bentler-Bonett normalizado 0.77; CFI 0.83; LISREL AGFI 0.77. Los resultados del test de Wald y del test de Lagrange aconsejaron replantear el modelo ya que sugerían la posible unidimensionalidad de la escala (o al menos la presencia de un factor principal) o la reordenación de ítems de nueva redacción y originales SERVQUAL en otras dimensiones de las inicialmente propuestas. En la figura 1 se presentan los parámetros estimados en este análisis. La solución factorial mediante el procedimiento de

extracción de Componentes Principales seguido de rotación Varimax (otros procedimientos de extracción y rotación no ofrecieron mejores resultados) sugirió la existencia de cuatro factores de primer orden que permitían explicar el 56% de la varianza. Dado que el ítem *habitaciones bien conservadas* en esta solución factorial mostró saturaciones significativas en dos factores a la vez, se suprimió el ítem en los siguientes cálculos. En la tabla 2 se muestra la solución factorial tras rotar la matriz resultante por el procedimiento Varimax, que se mostró más idóneo, y la consistencia interna de los factores. Aparecieron cuatro factores que explicaban el 57% de la varianza, con un factor principal que explicaba el 35.6%. En esta última solución factorial, el ítem *accesibilidad física* presentó una comunalidad de 0.28, mientras que el resto de los ítems alcanzó valores superiores a 0.40.

Teniendo en cuenta las saturaciones de los ítems en cada factor estos fueron denominados de la siguiente forma (la estadística univariante se presenta en el anexo I):

- factor 1, *Calidad del Servicio*, incluye los ítems originales del cuestionario SERVQUAL a excepción de los referentes al factor definido *a priori* Tangible. Se incorpora un ítem sobre la atención de enfermería;
- factor 2, *Ética percibida*, incluye los ítems referidos al riesgo derivados de pruebas diagnósticas, al consentimiento informado, a que el personal en su proceder clínico no ignora los derechos del paciente y a que las esperas en el hospital para recibir atención no sean excesivas;
- factor 3, *Relación con el médico*, incluye los ítems referidos a la confianza en los médicos, a la información que facilita el médico y a si el tiempo de ingreso es considerado adecuado por el paciente;
- factor 4, *Aspectos tangibles*, incluye los ítems originales del cuestionario SERVQUAL del factor definido *a priori* Tangible. Incorpora el ítem 21 sobre la accesibilidad física al hospital.

En cuanto a la *consistencia interna* de esta escala (23 ítems), el valor Alfa de Cronbach fue de 0.87. Fiabilidad de la división por mitades 0.63 (coeficiente Spearman-Brown 0.77). El test de Tukey arrojó los siguientes resultados: F para las diferencias de medias entre ítems de 40.50 ($p=0.0001$, g.l. 22,309), F de no aditividad de 2.19 ($p=0.139$, g.l. 1,309). En el anexo II y III se presentan los resultados de la capacidad predictiva del SERVQHOS.

Por último se calculó el Alfa de Cronbach de cada factor al ir eliminando los ítems y la correlación ítem-total. En el primer caso los valores del Alfa de Cronbach oscilaron alrededor del valor del Alfa del factor, excepto en el factor Relación con el médico cuando al eliminar el ítem *tiempo de estancia en el hospital apropiado* el valor sería de 0.81; y en el factor Tangibles cuando al eliminar el ítem *accesibilidad física* se produciría un aumento a 0.53. Los valores de la correlación ítem-total alcanzan en todos los casos valores estadísticamente significativos.

La capacidad de los ítems para discriminar con respecto a la variable criterio “satisfacción del paciente” se determinó mediante análisis discriminante. El valor de Lambda de Wilks permite afirmar que existen diferencias de medias en los ítems ($p=0.0001$), logrando un porcentaje de clasificaciones correctas del nivel de satisfacción del paciente del 69.58%. Los ítems con menor capacidad discriminante fueron: *-riesgos calculados en pruebas-* ($p=0.054$), *-personal no ignora al paciente-* ($p=0.129$), *-espera razonable-* ($p=0.235$), *-accesibilidad física-* ($p=0.282$) y *-consentimiento informado-* ($p=0.093$); los ítems con mejor capacidad discriminante fueron: *personal transmite confianza*, *paciente confía en los médicos*, *enfermería toma interés*, *personal amable y cortés e interés por solucionar problemas*, por este orden.

Dado que los ítems originales SERVQUAL incluidos en SERVQHOS se agrupaban en un factor que explicaba una proporción significativa de la varianza y la magnitud de los parámetros estimados en el análisis estructural, se procedió a analizar con las muestras A y B la estructura de la escala reteniendo únicamente los ítems SERVQUAL (en adelante escala percepciones SERVQUAL) por si ésta resultaba más eficaz.

Mediante análisis factorial confirmatorio (método de máxima verosimilitud) se pretendió confirmar el ajuste de esta versión de 14 ítems percepción-SERVQUAL a la estructura original de

cinco dimensiones descrita por PZB. Los índices de bondad del ajuste obtenidos con la muestra A fueron: Ji Cuadrado= 2302.34, $p < 0.01$, para 67 g.l.; Bentler-Bonett normalizado 0.94; CFI 0.95; Lisrel AGFI 0.91; mientras que en el caso de la muestra B: Ji Cuadrado= 220.14, $p < 0.01$, para 62 g.l.; Bentler-Bonett normalizado 0.93; CFI 0.95; Lisrel AGFI 0.90 (figura 2).

A tenor del resultado del análisis estructural se aplicó la técnica del análisis factorial exploratorio. El método de máxima verosimilitud y rotación oblicua (Oblimin) utilizado por PZB y otros ofreció una solución factorial de los datos de la muestra A de dos factores que explicaban el 50.6% de la varianza (con un primer factor que explicó el 45.9%) lo que, unido a las intercorrelaciones entre factores, sugería una escala unidimensional. Sin embargo, dado que algunos ítems en la matriz rotada presentaban saturaciones muy significativas en ambos factores se procedió a un segundo análisis por el método de Componentes principales seguido de rotación Varimax de los ítems para determinar su estructura con mayor precisión. Así obtuvimos, tanto con la muestra A como con la B, dos factores (tabla 3). En el caso de la muestra A, el primer factor (48.60% de varianza explicada) incluía los ítems correspondientes a los factores de Seguridad, Capacidad de Respuesta, Fiabilidad y Empatía descritos por PZB; y el segundo factor (8.80% de varianza explicada) que incluía todos los ítems del factor denominado Tangibles.

El análisis de los datos obtenidos en la muestra B con esta metodología, confirman un primer factor (51% de varianza explicada) que incluía los ítems correspondientes a los factores de Seguridad, Capacidad de Respuesta, Fiabilidad y Empatía descritos por PZB a excepción de un ítem; y un segundo factor (9.30% de varianza explicada) que incluía todos los ítems del factor original denominado Tangibles y el ítem *consultas médicas se realizan cuando está previsto* del factor original Fiabilidad. El anexo I recoge la estadística univariante.

La *fiabilidad* de la escala de percepciones SERVQUAL (14 ítems) produjo los siguientes resultados: muestra A Alfa= 0.91, muestra B Alfa= 0.93; método de la división por mitades muestra A 0.85, Guttman 0.92, Spearman-Brown 0.92; muestra B 0.82, Spearman-Brown 0.90. Por último, el test de Tukey arrojó el siguiente resultado: F para las diferencias de medias entre ítems de 54.40 ($p = 0.0001$, g.l. 13,372), F de no aditividad de 167.30 ($p = 0.0001$, g.l. 1,372). Considerando la no unidimensionalidad de la escala se calculó la consistencia interna de los factores descritos en las muestras y submuestras oscilando entre 0.49 y 0.87. En este caso, también se calculó el valor del Alfa de Cronbach de la escala al ir eliminando cada uno de sus ítems y la correlación ítem-total (tabla 4). En los anexos II y III se presentan los resultados respecto de la *validez predictiva*.

Escala de expectativas SERVQUAL

El resultado del análisis factorial realizado (tabla 5) a los datos proporcionados por la muestra A permitió aislar dos factores que explicaban el 49.30% de la varianza: factor 1, incluye todos los ítems de la escala de expectativas a excepción de los referentes al factor original Tangible; y factor 2, que incluye los ítems del factor Tangible. En el caso del análisis de los datos de la muestra B, se aislaron también dos factores que explicaban el 61.80% de la varianza (47.8% y 14% respectivamente): factor 1, incluye los mismos ítems que en el caso anterior a excepción de *un hospital se caracteriza porque cura antes que por otras cosas*; y factor 2, incluye los ítems referentes al factor original Tangible y el ítem antes referido. Los factores pasaron a denominarse Calidad del Servicio y Tangible respectivamente.

El valor Alfa de Cronbach, empleado para determinar la *fiabilidad* de la escala, fue de 0.74 en la muestra A y de 0.86 en la muestra B. La *Fiabilidad* de la división por mitades 0.72 (Guttman 0.83, Spearman-Brown 0.84). El test de Tukey de no-aditividad de los ítems arrojó las siguientes cifras: (a) muestra A, entre ítems, $F_{8,348} = 48.91$, $p = 0.0001$; no-aditividad, $F_{1,348} = 77.88$, $p = 0.0001$; (b) muestra B, entre ítems, $F_{8,395} = 35.73$, $p = 0.0001$; no-aditividad, $F_{1,395} = 2.56$, $p = 0.109$. En la tabla 6 se muestran los valores del Alfa de Cronbach al eliminar ítems y los valores de la correlación ítem-total. Al considerar que la escala no es unidimensional, se procedió a calcular la consistencia interna de los factores que osciló entre 0.69 y 0.87 en el caso del factor Calidad del Servicio y entre 0.49 y 0.71 en el caso del factor Tangible en las diferentes muestras y submuestras (por sexo y grupos de edad) estimadas. La estadística univariante de esta escala se presenta en el anexo I. En los anexos II y III se recogen los resultados respecto de la *validez predictiva*.

Magnitud de la diferencia entre Expectativas y Percepciones

El anexo I recoge la puntuación SERVQHOS y SERVQUAL calculadas conforme a las normas propuestas por PZB. La consistencia de la versión SERVQHOS calculada por la fórmula (1) fue de 0.76 (Calidad del Servicio 0.78; Ética percibida 0.71; Relación con el médico 0.14; Tangible 0.70). La consistencia de la escala SERVQUAL fue: muestra A 0.73; muestra B 0.84. Por factores los resultados fueron: (a) Calidad del Servicio 0.81 y 0.86; (b) Tangible 0.50 y 0.52 en la muestra A y B respectivamente.

Al analizar las correlaciones entre las puntuaciones calculadas de las escalas, o de sus factores, con los criterios externos "satisfacción del paciente", "¿recomendaría el hospital?" y las puntuaciones en los ítems sobre "consentimiento informado", "demora en la respuesta", "seguridad" y "empatía" (anexo II) observamos que los factores de la escala percepciones-SERVQHOS explicaron una proporción de varianza mayor en relación a su correlación con estos criterios, si bien el factor tangible de la escala SERVQHOS pierde capacidad predictiva al ser eliminado el ítem sobre el *estado de las habitaciones*. El factor Ética percibida del SERVQHOS no mostró correlaciones significativas con ninguno de los criterios externos definidos. La puntuación de la escala percepciones-SERVQHOS mostró un buen comportamiento aunque la escala de percepciones-SERVQUAL también fue superior a las puntuaciones derivadas del *paradigma de la desconfirmación*. Los resultados del análisis de regresión respecto de la satisfacción del paciente y del análisis discriminante respecto de los niveles de respuesta a la recomendabilidad del hospital resulta recomendable del anexo III, confirman la superioridad de la escala percepción-SERVQHOS en todas las submuestras así como la superioridad, en cuanto a la capacidad predictiva, de la puntuación SERVQHOS sobre la puntuación SERVQUAL, particularmente al no incluir la puntuación en el factor Ética percibida.

Dado que PZB^{36 37} habían sugerido que debe diferenciarse el valor predictivo de la puntuación SERVQUAL, y medidas derivadas, de su valor diagnóstico, se compararon las puntuaciones en las distintas dimensiones según este criterio. Siguiendo el modelo SERVQUAL se calculó para cada aspecto la diferencia en las puntuaciones entre expectativa y percepción (figura 3).

Discusión

La CS percibida por el cliente es una evaluación poco frecuente en el sector sanitario donde se prefiere medir la satisfacción del paciente respecto a una interacción puntual con un profesional, dispositivo o servicio del sistema sanitario. La satisfacción del paciente aparece más directamente relacionada con el concepto de calidad funcional o interactiva. En cambio, la medida de la CS percibida por el paciente haría referencia a una valoración más global del cuidado y atenciones hospitalarias, más relacionada con el concepto de calidad corporativa. La tendencia actual es evaluar más directamente CS percibida^{38 39}, entre otras razones porque facilita la toma de decisiones para la gestión de la calidad, al tiempo que se supone que condiciona y es antecedente de la Satisfacción del paciente²⁴. Mediante SERVQUAL/SERVQHOS estamos midiendo aspectos directamente relacionados con Calidad *Corporativa* y no la calidad *técnica*, ni tan siquiera *funcional*. La mayor importancia de esta medida estriba en que colorea las opiniones del cliente sobre la calidad técnica y funcional del servicio. Cuanto más se demore en el tiempo la evaluación menos hará referencia a los componentes técnicos y funcionales y mayor relación con los aspectos corporativos.

En este estudio se ha pretendido adaptar SERVQUAL al medio hospitalario público merced a una versión del mismo que denominamos SERVQHOS. Se ha analizado su estructura, sus elementos y su validez discriminante y predictiva. Los resultados conducen a varias reflexiones.

Hemos comprobado que elementos considerados *a priori* de buena calidad, como consentimiento informado o sometimiento a pruebas libres de riesgo, no se asocian a un cuidado excelente (ni siquiera promueven satisfacción en el paciente). Sorprendentemente uno de los aspectos menos importantes para los entrevistados al acudir al hospital fue, precisamente, *curarse de su enfermedad*, prefiriendo los pacientes por delante aspectos relacionados con la empatía en el trato y la capacidad de respuesta ante sus demandas. Para los entrevistados el hospital ideal debe, sobre todo, caracterizarse por dar prioridad a la atención a los pacientes. Aunque es cierto que este resultado puede derivarse del hecho de que en la actualidad los encuestados habían recibido el alta hospitalaria no deja de resultar sorprendente y confirma las opiniones de quienes consideran que los aspectos relativos a los procesos son más determinantes que los aspectos

relativos al resultado^{40 41}. Estos datos, pueden interpretarse en el sentido de que el sector sanitario debe reconocer que las definiciones de CS que los profesionales elaboran no siempre coinciden con los planteamientos de los clientes del sector. En realidad a los cinco desajustes del modelo de PZB⁹ se podría añadir un sexto definido por las diferentes percepciones del cuidado entre proveedores del mismo y pacientes o familiares^{27 42 43}.

Habría que destacar las diferencias del sector sanitario con otros ámbitos del sector servicios a la hora de evaluar CS⁴⁴. El producto hospitalario es múltiple, esencialmente *artesanal* y donde existe lo que podríamos denominar un *valor añadido de la firma* del actor de la atención. Para el paciente muchas veces no es lo mismo ser operado por el cirujano X que por el cirujano Y, el médico X posee un valor añadido especial que para el paciente *colorea* otras evaluaciones de su trabajo o de su entorno. Como afirma Williams⁴⁵ no siempre el paciente posee expectativas concretas sobre la asistencia sanitaria que recibirá, es más, en muchas ocasiones adopta un papel esencialmente pasivo ya que *da por hecho que está en buenas manos*. Por esta razón, SERVQUAL debe modificarse ligeramente para poder emplearse con mayor rigor y aprovechar mejor sus ventajas para monitorizar el logro de los objetivos de CS. Sin embargo, no debemos olvidar otros instrumentos que, como el PJHQ³², han demostrado reunir adecuadas condiciones aunque su longitud pesa en su contra. Probablemente la mayor utilidad de estos instrumentos sea monitorizar el cuidado, con un uso rutinario como parte de los menús de calidad de los centros, cada seis meses por ejemplo^{8 46}.

La alternativa a estas evaluaciones viene de la mano de la metodología del Informe del usuario^{7 47}. Con esta técnica se pretende hallar desajustes en la prestación del servicio interrogando a los pacientes sobre determinados aspectos de la asistencia sanitaria como por ejemplo: ¿recibió Vd. información sobre los efectos secundarios de...? en vez de preguntarle ¿está Vd. satisfecho con la información que le facilitaron?. En nuestro estudio, los items que conforman el factor que hemos denominado *Ética percibida* se asemejan más a los elementos empleados en los Informes del usuario que a los items de las encuestas de satisfacción/calidad. Por esta razón, no interactúan de la misma forma que el resto de elementos con la medida de la satisfacción del paciente o la recomendabilidad del hospital.

Al emplear SERVQUAL no hay que olvidar que es una medida en revisión³⁷ sobre la que existe abierta una polémica sobre la información que brinda^{37 48 49 50} y de la que parece que algunos de sus items plantean problemas de comprensión, especialmente los de la escala de expectativas²⁶. Además, tal y como se apuntó, la escala que evalúa las percepciones del cliente repetidas veces ha demostrado tener mayor capacidad predictiva que la magnitud de la diferencia entre expectativas y percepciones a la hora de predecir la satisfacción de ese cliente o su conducta de compra/fidelidad a la marca. Los criterios externos concurrentes fueron seleccionados en virtud de haber sido utilizados por otros investigadores, incluidos PZB. No obstante, investigaciones posteriores en el sector sanitario debieran explorar la conveniencia de utilizar otros criterios.

Los resultados de esta investigación han confirmado estos puntos débiles reflejados en la literatura respecto del SERVQUAL/SERVQHOS y, específicamente sugieren que se trata de un cuestionario unidimensional (las altas intercorrelaciones entre los factores y los elevados valores del Alfa de Cronbach confirman la hipótesis de Cronin y Taylor²⁴), no aditivo y en el que las puntuaciones en la escala de percepciones del servicio son un indicador de la calidad percibida superior incluso al paradigma de la desconfirmación. Los propios PZB^{36 37 50} han presentado resultados coincidentes con estas valoraciones aunque insisten en la bondad de la medida SERVQUAL. No obstante, hay que señalar algunas diferencias en el diseño entre SERVQUAL y SERVQHOS. PZB emplearon SERVQUAL en los 3 meses siguientes a la prestación del servicio y utilizaron una versión de 22 pares de elementos.

Al igual que en el estudio de Babakus y Mangold²⁷ la bondad del ajuste en el análisis estructural ha alcanzado valores significativos estadísticamente, aunque los parámetros estimados sugieren que el modelo es aceptable, máxime si tenemos en cuenta que el valor Ji cuadrado es especialmente sensible a las desviaciones de la normalidad en las puntuaciones. La asimetría era negativa y significativa, lo que podría distorsionar ligeramente el resultado del análisis⁵¹ como sucedió en el estudio citado. La estructura del cuestionario SERVQHOS coincide en la línea de los últimos análisis de PZB del SERVQUAL⁵⁰ donde las dimensiones Tangible y Fiabilidad forman factores independientes del resto que conforman un único factor. Todas estas circunstancias hacen que no pueda afirmarse con rotundidad que las dimensiones *a priori* definidas por PZB no queden reflejadas en SERVQHOS pero, a la vez, plantean que se trata más bien de una escala

unidimensional de CS. La versión SERVQHOS diseñada para ser utilizada en el medio hospitalario ha demostrado tener un mejor comportamiento que los items originales SERVQUAL. El factor Relación con el médico mejora la capacidad del cuestionario y los datos sobre validez externa y discriminante avalan la versión SERVQHOS (en especial al incorporar el item sobre *estado de las habitaciones* que mejora la capacidad predictiva sensiblemente (correlación de 0.43 con el criterio a y de 0.47 con el criterio b del factor tangible y un 71.38% de correctas clasificaciones en el criterio "¿resulta recomendable el hospital?"). Por último, hay que señalar que la versión SERVQHOS no es superior en cuanto a consistencia interna a SERVQUAL.

En opinión de Williams⁴⁵ muchas encuestas de satisfacción sirven al propósito de mantener el *status quo* más que para identificar problemas en la prestación de los servicios sanitarios, debido sobre todo a problemas de tipo metodológico. La calidad *objetiva* de la asistencia sanitaria no necesariamente se relaciona con la satisfacción del paciente⁵², lo que ha llevado a plantear la duda sobre qué reflejan realmente estas medidas. Para interpretar este resultado hay que tener en cuenta que este tipo de evaluaciones probablemente se encuentran distorsionadas por el número de sujetos que responden, ya que solo parece contestar un particular tipo de pacientes, aquellos que están satisfechos⁵³.

En un reciente artículo, Thompson y Suñol⁴⁴ diferencian entre: expectativas de lo ideal (aspiración o deseo); predictivas (resultado anticipado, lo que *ofrecerá* el servicio), típicas de los estudios sobre satisfacción, utilizadas para comparar con la competencia; normativas (lo que debería suceder), utilizadas en los estudios sobre CS; y no elaboradas (sin expectativa al respecto) como afirmaba Williams⁴⁵. Los cumplimientos/incumplimientos con lo esperado promoverán un mayor nivel de satisfacción/CS con alguna salvaguarda⁵⁴: la satisfacción se logra especialmente al recibir lo que no se espera (*calidad inesperada*⁵⁵). Para calcular la magnitud del desajuste PZB compararon percepciones con expectativas normativas. En este estudio se ha pretendido medir también expectativas normativas (lo que debiera ofrecer el hospital a juicio del paciente). Sin embargo, medir expectativas es particularmente complejo⁵⁵. Las expectativas pueden estar influenciadas por experiencias previas y reflejar la satisfacción con el servicio recibido⁵⁶, o estar afectadas por la familiaridad con el trato en el hospital²², o por el *boca a boca* o las necesidades personales del propio paciente⁸. Por otro lado, hay que tener presente que cuando se trata de expectativas sobre bienes/servicios percederos la satisfacción del cliente sí parece ser función de las expectativas (paradigma de la desconfirmación de la expectativa como lo denominaron Cadotte, Woodruff y Jenkins⁵⁵, mientras que cuando se trata de bienes/servicios no-percederos (duraderos o de consumo continuado en el tiempo) la satisfacción del paciente está solo en función de las percepciones^{57 58}. Probablemente, además, los resultados en estas evaluaciones no serán iguales en sistemas sanitarios con mercado regulado donde se dan ciertas dosis de competitividad entre proveedores y donde los clientes no son cautivos⁵⁹. En ese entorno los consumidores poseerán expectativas normativas y predictivas probablemente diferentes e, incluso, los mismos proveedores adoptan perspectivas diferentes en su actuación profesional.

PZB^{37 50} sugirieron, para superar gran parte de las críticas a su modelo, diferenciar entre valor *predictivo* y valor *diagnóstico* a la hora de utilizar SERVQUAL. Esta idea tiene cierta validez y, a tenor de los datos que aquí se han presentado, parece resultar útil seguir empleando las puntuaciones derivadas del paradigma de la desconfirmación (diferencia entre expectativas y percepciones) como método de obtención de información para la mejora continua de la CS. La información así obtenida es práctica a la hora de fijar objetivos de CS y fácilmente comprensible (en nuestro caso los aspectos de empatía y capacidad de respuesta parecen ser los peor evaluados, por lo que resulta menos decisivo prestar atención al entorno y se justifica centrarse en la capacitación de los profesionales y de los procesos de atención). A la vista de estos datos una línea de futuro es analizar más detalladamente el valor diagnóstico (en términos de PZB) del desajuste entre expectativas y percepciones. Esta perspectiva es coincidente con los resultados obtenidos por Hsieh y Kagle⁶⁰, quienes encontraron una relación estrecha entre cumplimiento de las expectativas normativas y la satisfacción de los pacientes.

Algunas otras sugerencias pueden realizarse a partir de estos resultados. Primero, es recomendable introducir ciertas modificaciones en la estructura del SERVQUAL, una de ellas sería evaluar percepciones y expectativas con la misma frase para comparar después^{22 50}. Dado que las expectativas normativas son más estables en el tiempo⁶¹ pudiera no resultar necesario, como afirmaron Babakus y Mangold²⁷, realizar la evaluación de las expectativas cada vez que se utiliza SERVQUAL o medidas derivadas (SERVQHOS). PZB⁵⁰ han sugerido que entre el servicio

adecuado (mínimo aceptable) y el servicio deseado (el que debería prestarse) existe una *zona de tolerancia* (rango en el que el servicio es satisfactorio, podríamos decir nosotros más acertadamente, aceptable/adecuado). Conforme a esta idea, para que el servicio sanitario fuera aceptable se debiera definir procedimientos acordes a las expectativas; y para que fuera satisfactorio para el paciente se tendrían que definir procedimientos que ocasionaran resultados inesperados (no existe expectativa previa) y positivos. Por último, es necesario profundizar en el estudio de la no respuesta en este tipo de metodologías. En este estudio la tasa de respuesta ha girado en torno al 15%, lo que aún siendo superior a la obtenida por PZB⁵⁰ utilizando SERVQUAL, es sin duda inferior a lo deseable. Aunque existen ciertos datos que apuntan a que la no respuesta se asocia a la insatisfacción, sería deseable una mayor atención a este fenómeno.

Figura 1. Parámetros estimados. Escala de percepciones SERVQHOS

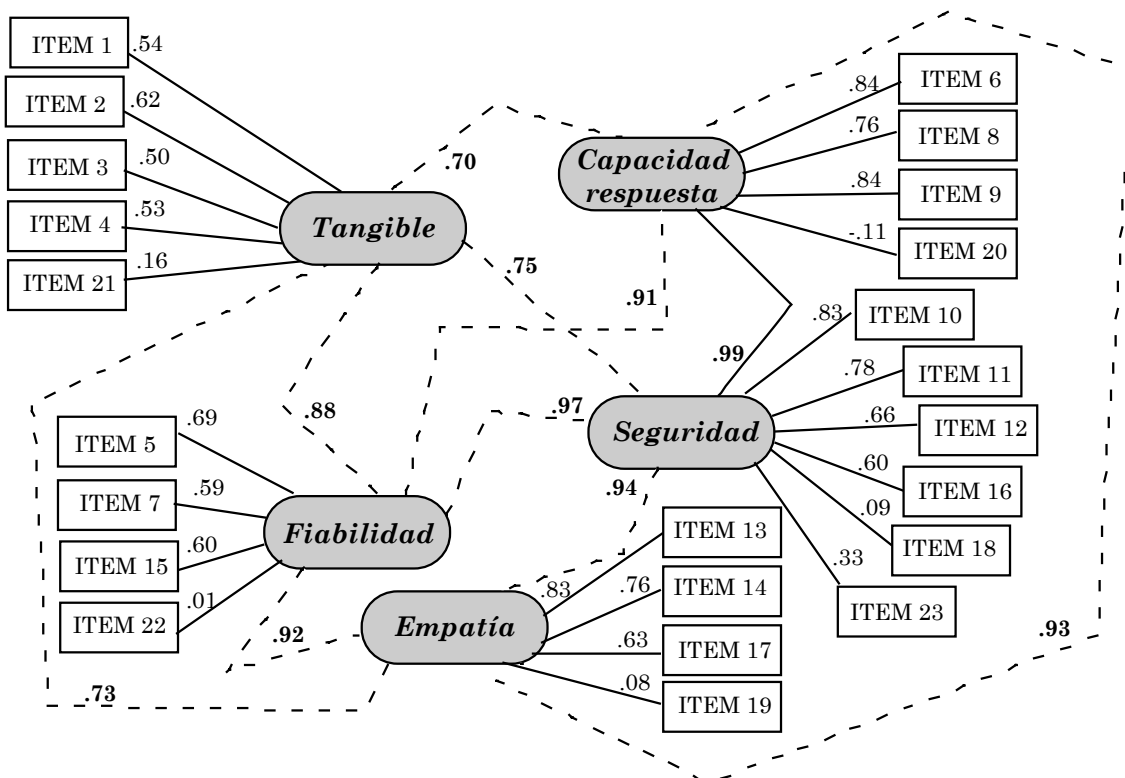
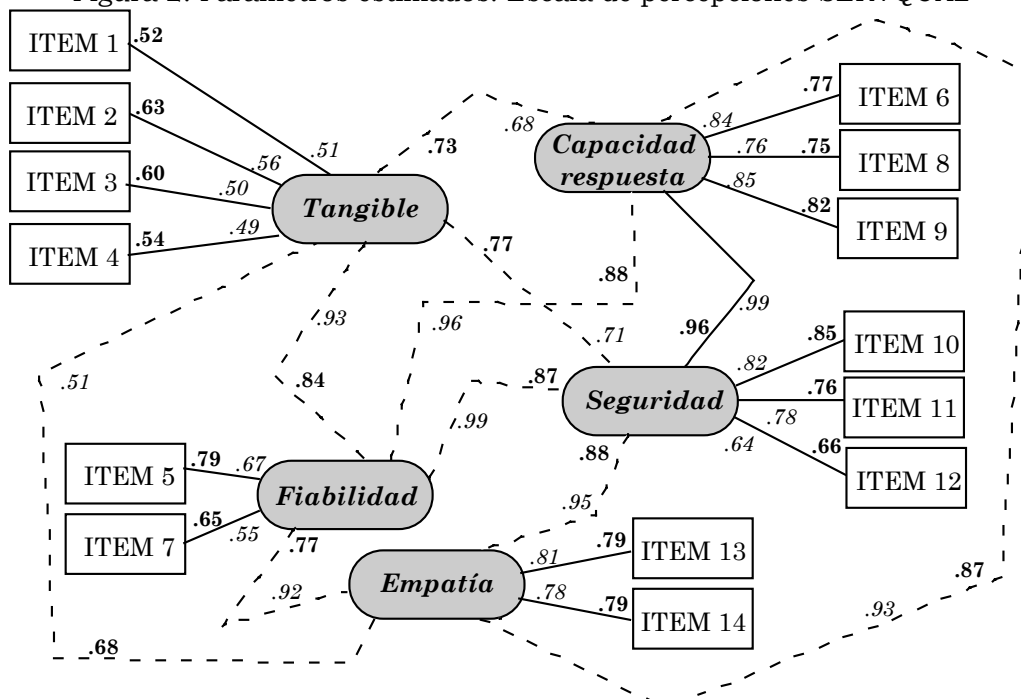


Figura 2. Parámetros estimados. Escala de percepciones SERVQUAL



negrita - muestra A; itálica - muestra B

Figura 3 - Magnitud de la diferencia entre Expectativas y Percepciones

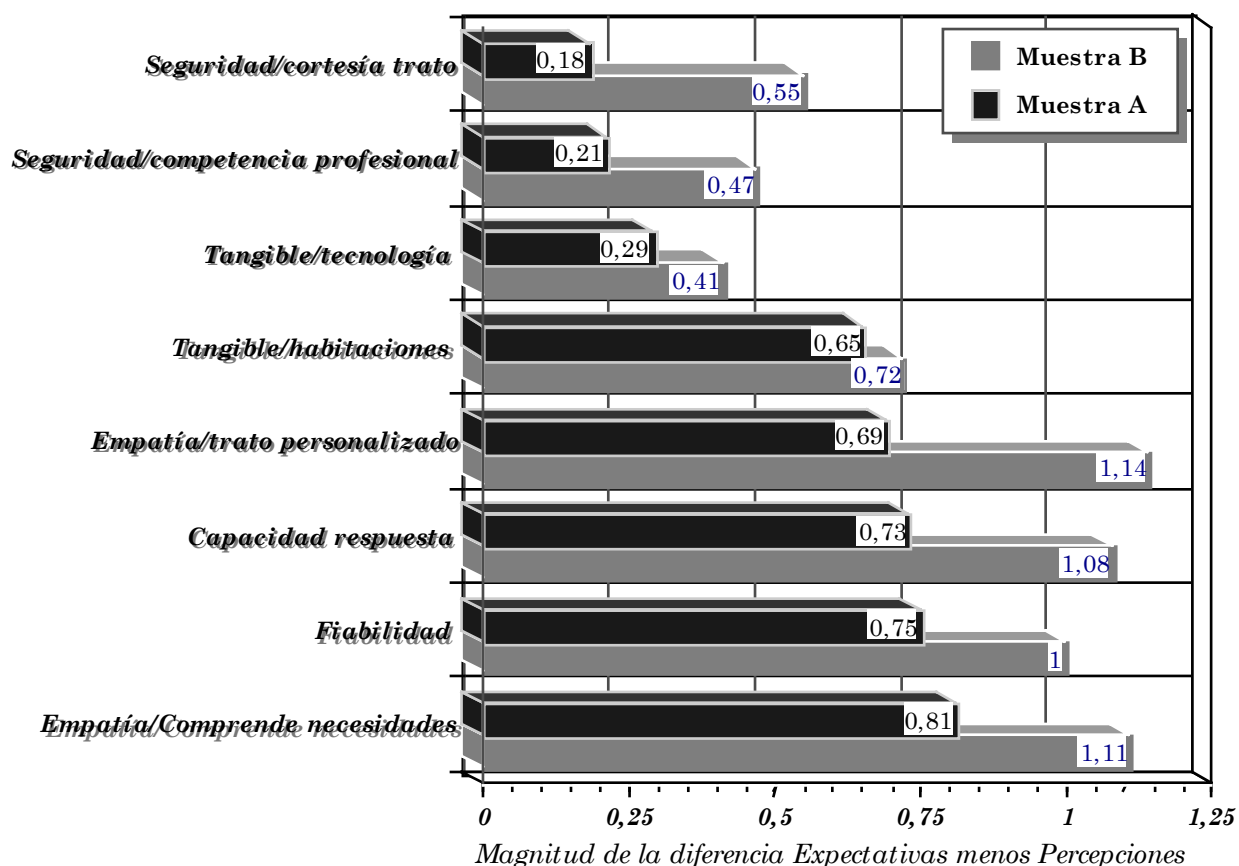


Tabla 1. Descripción de la muestra

	Total	Alicante		Elche		Elda	
<i>Sexo</i>							
Hombres	153 263	54 71	45 84	54 108			
Mujeres	226 163	79 56	71 46	79 61			
NS/NC	9 12						
<i>Actualmente está</i>							
Jubilado/a	130 173	47 56	44 48	39 69			
En paro	90 74	29 18	23 24	38 32			
Trabajando	118 160	37 48	36 53	45 59			
NS/NC	50 31						
<i>Estado civil</i>							
Casado/a	290 342	93 99	90 109	107 134			
Soltero/a	47 38	23 13	12 9	12 16			
Viudo/a	33 34	10 11	10 8	13 15			
Separado/a	8 11	4 3	3 5	1 3			
NS/NC	10 13						
<i>Estudios concluidos</i>							
Sin estudios	64 53	20 10	27 23	17 20			
Primarios	193 215	66 54	50 63	77 98			
Bachiller	78 113	31 46	22 34	25 33			
Universitarios	26 32	10 13	9 9	7 10			
NS/NC	27 25						

negrita muestra A - *itálica muestra B*

Tabla 2 - Análisis factorial de la escala de percepciones SERVQHOS. Muestra A

	FACTOR 1 Calidad Servicio	FACTOR 2 Etica percibida	FACTOR 3 Relación con médico	FACTOR 4 Asp. Tangibles
Disponibilidad de ayuda	0.85			
Personal transmite confianza	0.83			
Interés por solucionar problemas	0.82			
Personal es amable y cortés	0.80			
Trato personalizado	0.78			
Rapidez de respuesta	0.76			
Personal comprende necesidades	0.73			
Enfermería toma interés por pacientes	0.66			
Promesas cumplidas	0.64			
Personal competente	0.58			
Cumplimiento consultas médicas	0.49			
Riesgos calculados en pruebas		0.80		
Consentimiento informado		0.75		
Personal no ignora al paciente		0.73		
Espera no es excesiva		0.62		
Paciente confía en los médicos			0.76	
Médicos informan suficientemente			0.74	
Tiempo de estancia apropiado			0.62	
Señalizaciones adecuadas				0.69
Buenos equipos biomédicos				0.55
Personal correctamente uniformado				0.49
Accesibilidad física				0.49
Eigenvalues	7.83	2.22	1.29	1.18
Porcentaje varianza explicada	35.6	10.1	5.9	5.4
Alpha de Cronbach	0.93	0.72	0.73	0.49

Solo aquellos valores estadísticamente significativos

Tabla 3. Resultados del análisis factorial de Componentes principales.

Escala Percepciones SERVQUAL

	Factor 1		factor 2	
Disponibilidad de ayuda	.83857	<i>.81530</i>	.14513	<i>.19065</i>
Personal transmite confianza	.82366	<i>.80961</i>	.21165	<i>.24370</i>
Interés por solucionar problemas	.82339	<i>.72592</i>	.20827	<i>.31520</i>
Trato personalizado	.80258	<i>.75054</i>	.16315	<i>.17794</i>
Personal es amable y cortés	.78772	<i>.79732</i>	.19904	<i>.20069</i>
Rapidez de respuesta	.74828	<i>.67749</i>	.25111	<i>.34508</i>
Personal comprende necesidades	.72680	<i>.77709</i>	.31202	<i>.21964</i>
Promesas cumplidas	.60044	<i>.62883</i>	.38501	<i>.43799</i>
Personal competente	.56539	<i>.64530</i>	.41893	<i>.31433</i>
Cumplimiento consultas médicas	.49762	<i>.39833</i>	.39842	<i>.58081</i>
Señalizaciones adecuadas	.03069	<i>.07286</i>	.79767	<i>.74622</i>
Personal correctamente uniformado	.15915	<i>.19125</i>	.64345	<i>.68253</i>
Buenos equipos biomédicos	.26316	<i>.23305</i>	.55502	<i>.59851</i>
Habitaciones bien conservadas	.37238	<i>.33514</i>	.52620	<i>.58198</i>

negrita muestra A - *itálica muestra B*

Tabla 4 - Análisis de los elementos. Escala de percepciones SERVQUAL

	Correlación item-total				Alfa al eliminar item			
	a	b	c	d	e	f	g	h
Buenos equipos biomédicos	,44	,47	,38	,39	,91	,93	,52	,62
Habitaciones bien conservadas	,52	,57	,42	,47	,91	,93	,53	,58
Personal correctamente uniformado	,40	,53	,39	,49	,92	,93	,54	,57
Señalizaciones adecuadas	,35	,45	,41	,44	,92	,93	,52	,59
Promesas cumplidas	,66	,76	,65	,72	,91	,92	,92	,92
Interés por solucionar problemas	,78	,75	,81	,75	,90	,92	,91	,91
Cumplimiento consultas médicas	,57	,61	,56	,57	,91	,92	,93	,92
Rapidez de respuesta	,73	,71	,74	,73	,90	,92	,92	,92
Disponibilidad de ayuda	,75	,76	,79	,76	,90	,92	,92	,91
Personal transmite confianza	,77	,79	,79	,79	,90	,92	,91	,91
Personal es amable y cortés	,74	,75	,75	,75	,90	,92	,92	,91
Personal competente	,64	,68	,64	,65	,91	,92	,92	,92
Trato personalizado	,73	,72	,75	,69	,90	,92	,92	,92
Personal comprende necesidades	,74	,74	,74	,74	,90	,92	,92	,91

a-e muestra A datos 14 items

b-f muestra B datos 14 items

c-g muestra A por factores

d-h muestra B por factores

Tabla 5 - Análisis factorial escala expectativas SERVQUAL.

	Factor 1		Factor 2	
Trato personalizado	.71	<i>.77</i>	.08	<i>.09</i>
Prioridad en la atención a los pacientes	.69	<i>.83</i>	.01	<i>.06</i>
Preocupación por los pacientes	.69	<i>.75</i>	.13	<i>.24</i>
Interés por solucionar problemas	.67	<i>.74</i>	.15	<i>.17</i>
Trato y cortesía	.63	<i>.62</i>	.18	<i>.33</i>
Profesionales bien preparados	.51	<i>.69</i>	.38	<i>.31</i>
Buenos equipos biomédicos	-.11	<i>.14</i>	.82	<i>.83</i>
Habitaciones bien conservadas	.21	<i>.19</i>	.74	<i>.76</i>
Cura eficazmente	.26	<i>.18</i>	.55	<i>.68</i>

negrita altas hospitalarias - *itálica antiguos clientes*

Tabla 6 - Análisis de los elementos de la escala de expectativas SERVQUAL.

	Correlación item-total				Alfa al restar item			
	a	b	c	d	e	f	g	h
Buenos equipos biomédicos	.27	<i>.50</i>	.41	<i>.51</i>	.74	<i>.85</i>	.57	<i>.67</i>
Habitaciones bien conservadas	.47	<i>.51</i>	.41	<i>.51</i>	.71	<i>.85</i>	.57	<i>.67</i>
Interés por solucionar problemas	.47	<i>.64</i>	.48	<i>.62</i>	.71	<i>.84</i>	.70	<i>.81</i>
Prioridad en la atención a los pacientes	.41	<i>.60</i>	.51	<i>.66</i>	.72	<i>.84</i>	.69	<i>.80</i>
Profesionales bien preparados	.51	<i>.67</i>	.48	<i>.66</i>	.71	<i>.84</i>	.70	<i>.80</i>
Trato y cortesía	.44	<i>.64</i>	.47	<i>.59</i>	.71	<i>.84</i>	.70	<i>.81</i>
Trato personalizado	.47	<i>.62</i>	.51	<i>.62</i>	.71	<i>.84</i>	.69	<i>.80</i>
Preocupación por los pacientes	.51	<i>.67</i>	.53	<i>.67</i>	.71	<i>.84</i>	.69	<i>.80</i>
Cura eficazmente	.36	<i>.45</i>	.29	<i>.33</i>	.73	<i>.86</i>	.76	<i>.86</i>

a-e muestra A datos 9 items

b-f muestra B datos 9 items

c-g muestra A por factores

d-h muestra B por factores

Anexo I. Estadística univariante SERVQHOS/SERVQUAL

	Muestra A (N=388)		Muestra B (N=438)		Hombres (n=153)		Mujeres (n=226)		Menores 60 (n=250)		Mayores 60 (n=127)	
	media	d.t.	media	d.t.	media	d.t.	media	d.t.	media	d.t.	media	d.t.
Percepción SERVQUAL												
Calidad Servicio	3.91	.95	3.47	1.06	4.12	.87	3.81	.95	3.72	.95	4.34	.73
Tangible	4.01	.81	3.77	.92	4.14	.78	3.93	.78	0.38	.78	4.35	.69
Global	3.96	.77	3.62	.88	4.13	.74	3.86	.75	3.78	.75	4.34	.62
Expectativa												
Calidad Servicio	4.41	.68	4.36	.74	4.45	.71	4.39	.66	4.36	.66	4.51	.71
Tangible	4.04	.93	4.04	.95	4.18	.97	3.95	.91	3.86	.92	4.41	.85
Global	4.25	.61	4.21	.71	4.35	.62	4.18	.59	4.13	.58	4.48	.60
E-P SERVQUAL												
E-P Calidad S	.48	.97	.88	1.06	.33	.91	.59	1.00	.64	1.01	.19	.80
E-P Tangible	.03	1.1	.26	1.09	.04	1.15	.02	1.08	.01	1.13	.05	1.05
SERVQUAL	.28	.81	.58	.88	.21	.80	.32	.82	.34	.85	.15	.70
Percepción SERVQHOS												
Calidad Servicio	3.98	.94	---	---	4.18	.84	3.86	.94	3.79	.94	4.38	.73
Ética Percibida	3.35	1.25	---	---	3.19	1.32	3.45	1.19	3.51	1.14	3.03	1.42
Relación con médico	4.32	.95	---	---	4.48	.87	4.23	.96	4.21	.96	4.58	.84
Aspectos Tangibles	4.20	.69	---	---	4.22	.67	4.19	.69	4.1	.68	4.41	.62
Global	3.96	.60	---	---	4.02	.58	3.94	.60	3.91	.61	4.10	.54
Global*	4.16	.69	---	---	4.29	.66	4.09	.67	4.04	.66	4.44	.62
E-P SERVQHOS												
E-P Calidad S	.61	.95	---	---	.47	.84	.70	1.01	.76	1.01	.29	.71
E-P Ética Percibida	1.03	1.53	---	---	1.17	1.66	.92	1.43	.81	1.40	1.46	1.69
E-P Relación con médico	.08	1.10	---	---	-.06	1.09	.17	1.10	.13	1.14	-.03	1.02
E-P Aspectos Tangibles	-.14	1.04	---	---	-.17	1.07	-.23	1.02	-.22	1.05	-.01	1.00
E-P SERVQHOS	.39	.74	---	---	.39	.78	.39	.73	.38	.76	.40	.73
E-P SERVQHOS*	.19	.74	---	---	.41	.61	.34	.59	.35	.61	.40	.58

* Ética percibida no incluido

Submuestras proceden de la muestra A

Anexo II. Coeficientes de correlación.

	a	b	a#	b#	c	d	e	f
Percepción SERVQUAL								
Calidad Servicio	.705**	.547**	.649**	.569**	-.069	.078	.078	-.012
Tangible	.488**	.469**	.504**	.457**	-.048	-.038	-.036	-.111*
Global	.684**	.578**	.667**	.588**	-.067	.029	.029	-.065
Expectativa								
Calidad Servicio	.206**	.107*	.210**	.182**	-.087	.007	-.050	.032
Tangible	.133*	.132*	.157**	.131*	-.173**	-.127*	-.175**	-.186**
Global	.194**	.183**	.202**	.173**	-.198**	-.138**	-.190**	-.156**
E-P SERVQUAL								
E-P Calidad S	-.527**	-.437**	-.508**	-.448**	-.012	-.074*	-.121*	.006
E-P Tangible	-.239**	-.215**	-.273**	-.264**	-.125*	-.095	-.137**	-.100
SERVQUAL	-.489**	-.398**	-.495**	-.439**	-.111*	-.146**	-.191**	-.083
Percepción SERVQHOS								
Calidad Servicio	.711**	.550**	---	---	-.079	.060	.066	-.024
Etica Percibida	.020	-.009	---	---	.787**	.739**	.666**	.746**
Relación con médico	.626**	.494**	---	---	-.070	.058	.012	-.069
Aspectos Tangibles	.343**	.426**	---	---	-.058	-.072	-.075	-.086
Global	.620**	.519**	---	---	.353**	.433**	.391**	.357**
Global*	.721**	.623**	---	---	-.081	.048	.026	-.579
E-P SERVQHOS								
E-P Calidad S	-.596**	-.465**	---	---	.039	-.096	-.136*	.044
E-P Etica Percibida	.050	.071	---	---	-.733**	-.650**	-.590**	-.650**
E-P Relación con médico	-.407**	-.328**	---	---	-.101	-.091	-.072	-.017
E-P Aspectos Tangibles	-.111*	-.160**	---	---	-.134*	-.081	-.120*	-.138*
E-P SERVQHOS	-.365**	-.299**	---	---	-.455*	-.443**	-.442**	-.401
E-P SERVQHOS*	-.518**	-.445**	---	---	-.108	-.136*	-.172**	-.078

a Satisfacción del paciente

b Recomendaría hospital

c riesgos calculados en pruebas

d personal no ignora al paciente

e espera no es excesiva

f consentimiento informado

* Etica percibida no incluido

muestra B

Anexo III. Capacidad predictivas de las escalas analizadas

		Percepción SERVQUAL		Expectativa SERVQUAL		E-P SERVQUAL		Percepción SERVQHOS		E-P SERVQHOS	
Satisfacción											
del paciente	a	.51	<i>.45</i>	.05	<i>.04</i>	.34	<i>.29</i>	.38	<i>.55*</i>	.13	<i>.40*</i>
Alicante	a	.54	<i>.52</i>	.01	<i>.11</i>	.45	<i>.25</i>	.46	<i>.59*</i>	.30	<i>.56*</i>
Elche	a	.44	<i>.29</i>	.07	<i>.01</i>	.26	<i>.22</i>	.34	<i>.53*</i>	.12	<i>.38*</i>
Elda	a	.55	<i>.55</i>	.10	<i>.06</i>	.35	<i>.38</i>	.35	<i>.58*</i>	.03	<i>.27*</i>
Recomendaría											
el hospital	b	72.58	<i>68.86</i>	49.57	<i>45.45</i>	66.38	<i>59.84</i>	66.12	<i>76.36*</i>	54.83	<i>67.93*</i>
Alicante	b	74.24	<i>79.83</i>	41.32	<i>61.54</i>	66.12	<i>62.39</i>	68.12	<i>79.09*</i>	61.39	<i>76.47*</i>
Elche	b	81.42	<i>65.04</i>	60.36	<i>33.90</i>	71.17	<i>70.34</i>	73.12	<i>81.63*</i>	60.44	<i>72.92*</i>
Elda	b	66.93	<i>71.90</i>	54.62	<i>45.33</i>	64.71	<i>58.22</i>	63.73	<i>75.24*</i>	45.92	<i>73.27*</i>

a Varianza explicada, análisis regresión múltiple

b Porcentaje de respuestas correctamente clasificadas, análisis discriminante

negrita - muestra A*itálica - muestra B*

* Etica percibida no incluido

Agradecimientos

Los doctores Juan F. Herrero, Julian Vitaller, Carlos Gosalbez y Joaquín Martínez colaboraron estrechamente en la preparación del material y desarrollo del cuestionario SERVQHOS. María José Martínez colaboró extraordinariamente preparando las base de datos.

Referencias

- ¹ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 1966; **44** (2): 166-206.
- ² Hall J. Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc. Scie. Med.* 1988; **27**: 637-644.
- ³ Hall J. Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc. Scie. Med.* 1988; **27**: 935-939.
- ⁴ Schlegelmilch B. Carman J. Moore S.A. Choice and perceived quality of family practitioners in the United States and the United Kingdom. *The Service Industries Journal* 1992; **12**: 263-284.
- ⁵ Mira J.J. Vitaller J. Aranaz J. Herrero J.F. Buil J.A. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 1992; **4**: 89-116.
- ⁶ Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992; **6**: 176-185.
- ⁷ Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. En: Attkisson C. y Pascoe G. (Eds) Patient satisfaction in health and mental health services. *Eval. Program Plan.* Special Issue 1983; **6** (3-4): 185-418.
- ⁸ Saturno P.J. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995; **69**: 163-175.
- ⁹ Wesing M. Grol R. Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc. Sci. Med.* 1994; **38**: 45-53.
- ¹⁰ Bohigas Ll. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit* 1995; **9**: 283-286.
- ¹¹ Parasuraman A. Zeithaml V. Berry L. A conceptual Model of Service quality and its implications for future research. *J Marketing* 1985; **49**: 41-50.
- ¹² Zeithaml V. Berry L. Parasuraman A. Communication and control processes in the delivery of service quality. *J Marketing* 1988; **52**: 35-48.
- ¹³ Parasuraman A. Zeithaml V. Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *J Retailing* 1988; **64**: 12-40.
- ¹⁴ Cardozo R. An experimental study of customer effort expectation and satisfaction. *J Marketing Res* 1965; **2**: 244-249.
- ¹⁵ Oliver R.L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Res* 1980; **42**: 460-469.
- ¹⁶ Lehtinen U. Lehtinen J. *Service Quality: A study of quality dimensions*. Informe de Investigación. Helsinki Finlandia: Service Management Institute 1982.
- ¹⁷ Grönroos Ch. *Strategic management and marketing in the service sector*. Marketing Science Institute. Boston 1983.
- ¹⁸ Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Scie. Med.* 1982; **16**: 577-582.
- ¹⁹ Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc. Scie. Med.* 1982; **16**: 583-589.
- ²⁰ Parasuraman A. Berry L. Zeithaml V. Refinement and reassessment of the SERVQUAL Scale. *J Retailing* 1991; **67**: 420-450.
- ²¹ Lewis B.R. Quality in the service sector: a review. *Int J Bank Marketing* 1989; **7**: 4-12.
- ²² Carman J.M. Consumer perceptions of Service Quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *J Retailing* 1990; **66**: 33-55.
- ²³ Finn D. Lamb Ch. An evaluation of the SERVQUAL Scales in a retail setting. En: H. Holman R. Michael (Eds.) *Advances in consumer research*. Provo UT. Association for Consumer Research 1991.
- ²⁴ Cronin J.J. Taylor S.A. Measuring Service Quality: a reexamination and extension. *J Marketing* 1992; **56**: 55-68.
- ²⁵ Brown T. Churchill G. Peter J.P. Research note: Improving the measurement of Service Quality. *J Retailing* 1993; **69**: 127-139.

- ²⁶ Teas R.K. Expectations performance evaluation and consumers' perceptions of quality. *J Marketing* 1993; **57**: 18-34.
- ²⁷ Babakus E. Mangold W.G. Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: an empirical investigation. *Health Services Research* 1992; **26**: 767-786.
- ²⁸ van Campen C. Sixma H. Friele R. Kerssens J. Peters L. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Res Rev* 1995; **52**: 109-133.
- ²⁹ Ware J. Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; **13**: 669-682.
- ³⁰ Larsen D. Attkisson C. Hargreaves W. Nguyen T. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plan* 1979; **2**: 197-207.
- ³¹ Hulka B. Zyzanski S. Cassel J. Thompson S. Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. *Med. Care* 1970; **8**: 429-436.
- ³² Meterko M. Nelson E. Rubin H. Batalden P. Berwick D. Hays R. Ware Patients' judgements of hospital quality: report of a pilot study. *Med Care* 1990; **29** no 9: S1-S56.
- ³³ Taylor S. Baker Th. An assessment of the relationship between Service Quality and Customer Satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions. *J Retailing* 1994; **70**: 163-178.
- ³⁴ Taylor S. Cronin J. Modeling patient satisfaction and Service Quality. *J Health Care Marketing* 1994; **14**: 34-44.
- ³⁵ Zeithaml V. Berry L. Parasuraman A. *Calidad total en la gestión de los servicios*. Diaz de Santos. Madrid 1993.
- ³⁶ Parasuraman A. Berry L. A Zeithaml V. More on improving Service Quality measurement. *J Retailing* 1993; **69**: 140-147.
- ³⁷ Parasuraman A. Zeithaml V. Berry L. A. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring Service Quality: implications for further research. *J Marketing* 1994; **58**: 111-124.
- ³⁸ Dickens P. *Quality and excellence in human services*. Wiley.Chichester 1994.
- ³⁹ Brown S. Nelson A.M. Bronkesh Sh. Wood S. *Patient satisfaction pays. Quality Service for practice success*. Aspen Publication. Gaithersburg Maryland 1993.
- ⁴⁰ Brody D. Miller S. Lerman C. et al. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care* 1989; **27**: 1027-1035.
- ⁴¹ Lamata F. Conde J. Martínez B. Horno M. *Marketing Sanitario*. Díaz de Santos. Madrid 1994.
- ⁴² Brown S.W. Swartz T.A. A gap analysis of professional Service Quality. *J Marketing* 1989; **53**: 92-98.
- ⁴³ Mira J.J. Buil A. Aranaz J. et al. Evaluating the Service Quality in the Hospital with the Gaps Model's Framework. International Conference on Quality in Health care. St. John's, Newfoundland, Canada. 31 de mayo al 2 de junio de 1995.
- ⁴⁴ Thompson A.G. Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995; **7**: 127-141.
- ⁴⁵ Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; **38**: 509-516.
- ⁴⁶ Aranaz J. Herrero J. Mira J.J. *El Hospital Virgen de los Lirios dibujado por sus usuarios. Encuesta de post-hospitalización*. INSALUD. Alicante 1987.
- ⁴⁷ Saturno P. Sanchez J.A. y grupo PROSPER-S El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial* 1995; **5**: 271-279.
- ⁴⁸ Teas R.K. Expectations as a comparison standard in measuring SQ: an assessment of a reassessment. *J Marketing* 1994; **58**: 132-139.
- ⁴⁹ Cronin J.J. Taylor S.A. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of Service Quality. *J Marketing* 1994; **58**: 125-131.
- ⁵⁰ Parasuraman A. Zeithaml V. Berry L. Alternative scales for measuring Service Quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *J Retailing* 1994; **70**: 201-230.
- ⁵¹ Bentler P.M. *EQS structural equations program manual*. Multivariate Software, Inc. Encino, California 1995.
- ⁵² Cleary P.D. Mcneil B.J. Patient satisfaction as an indicator of Quality of Care. *Inquiry* 1988; **25**: 25-36.
- ⁵³ Stallard P. Parental satisfaction with intervention: differences between respondents and non-respondents to a postal questionnaire. *Br J Clin Psychol* 1995; **34**: 397-405.
- ⁵⁴ Kano N. Seraku N. Takahashi F. Tsuji S. Attractive Quality and must be quality. *Qual* 1984; **14**: 39-48.

- ⁵⁵ Cadotte E. Woodruff R. Jenkins R. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Marketing Res* 1987; **24**: 305-314.
- ⁵⁶ Woodruff R. Cadotte E. Jenkins R.L. Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *J Marketing Res* 1983; **20**: 296-304.
- ⁵⁷ Churchill G. Surprenant C. An investigation into the determinants of customer satisfaction. *J Marketing Res* 1982; **19** : 491-504.
- ⁵⁸ Bolton R. Drew J. A multistage model of customers' assessments of Service Quality and value. *J Consumer Res* 1991; **17**: 375-384.
- ⁵⁹ Buil J. Mira J.J. Las características del sector sanitario. Tendencias del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. *Revista de Psicología de la Salud* 1996 (pendiente publicación).
- ⁶⁰ Hsieh M. Kagle J.D. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc Work* 1991; **16**: 281- 290.
- ⁶¹ Boulding W. Kalra A. Staelin R. Zeithaml V. A dynamic process model of Service Quality: from expectations to behavioral intentions. *J Marketing Res* 1993; **30**: 7-27.