

La calidad percibida en la sanidad pública

Rocío Díaz

Departamento de Economía y Administración de Empresas. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Málaga. Málaga. España.

Correspondencia: Rocío Díaz Muñoz.
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
El Ejido, s/n. 29071 Málaga. España.
Correo electrónico: romu@uma.es

Resumen

Objetivo: La presente investigación analiza la calidad del servicio sanitario público en Málaga desde la perspectiva del cliente y adaptando los modelos SERVQUAL y SERVPERF.

Sujetos y método: Se incluyó a 400 ciudadanos del Distrito Sanitario Málaga, usuarios y no usuarios de la sanidad pública. Se trata de un estudio descriptivo, basado en la realización de una encuesta a partir de un cuestionario adaptado del SERVQUAL y SERVPERF, con un análisis multivariante.

Resultados: El paciente valoró la calidad de la sanidad pública con puntuación media de 3,8337 (en una escala de 1 a 7). Concretamente, la valoración de los usuarios de estos servicios fue de 3,8932, mientras que para los no usuarios fue algo inferior: 3,4657. Los aspectos del servicio con peor valoración están relacionados con la organización (coordinación entre niveles asistenciales, accesibilidad, aspecto de instalaciones, facilidad de trámites y papeleo y tiempo de espera). Entre los mejor valorados destacaron la profesionalidad y la tecnología.

Conclusiones: El SERVPERF es el cuestionario más apropiado para medir la calidad percibida, entendida ésta como percepción evaluativa del rendimiento de los atributos del servicio. Sin embargo, no existen escalas estándares para la medida de la calidad del servicio, por lo que necesitamos adaptarlo al sector sanitario. La calidad percibida por los pacientes sobre los servicios sanitarios públicos se califica como media-baja respecto a la mayoría de sus elementos constitutivos, y se observa que la experiencia modifica positivamente la valoración, es decir, los clientes potenciales perciben menor calidad que la que perciben los propios usuarios.

Palabras clave: Calidad de servicio. Calidad percibida. Servicio sanitario. Paciente.

Introducción

Las razones que justifican la elección e importancia del tema y del sector objeto de estudio se basan en el protagonismo que adquiere la salud en la sociedad de nuestros días y en el nuevo papel que desempeña el paciente como evaluador de los servicios sanitarios.

Las investigaciones sobre 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 sobre el que gira todo el sistema. Las empresas de servicios, en general, han dejado de considerar a

Abstract

Objective: To analyze consumer perceptions of the quality of the public health service in Málaga (Spain) using adaptations of the SERVQUAL and SERVPERF models.

Subjects and method: 400 citizens of the Health District of Málaga, both users and non-users of the public health service. We performed a descriptive study based on a survey using a questionnaire adapted from SERVQUAL and SERVPERF. A multivariate analysis was performed.

Results: Citizens gave the quality of public health services a mean score of 3.8337 (on a scale from 1 to 7). Specifically, users of these services gave a score of 3.8932, while non-users gave a slightly lower score of 3.4657. The lowest-rated elements of the public health service were related to organization (coordination between different levels of care, accessibility, the appearance of facilities, ease of processing formal procedures and paperwork, and waiting times). Among the highest rated elements were professionalism and technology.

Conclusions: SERVPERF is the most appropriate questionnaire for measuring perceived quality, defined as subjective evaluation of the performance of the attributes of a service. However, there are no standard measurement scales for service quality and consequently these must be adapted to the health sector. Clients perceive the quality of public health services to be average-to-low. Quality was rated higher by users than by non-users.

Key words: Service quality. Perceived quality. Health service. Patient.

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 a sus demandas, preocupándose no sólo por ofrecer una mayor cantidad de servicios de interés general o social sino, además, por aumentar la calidad de tales servicios.

De esta forma, la orientación al cliente debe ser la esencia de la cultura de una empresa y más aún de empresas que

ofrecen servicios sanitarios, dada la relación tan especial que se produce entre el cliente y el proveedor.

Desde la óptica del márketing, la definición y la medida de la calidad han resultado ser particularmente complejas por 2 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 vista se ha 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 calidad¹. Esta visión es la más aceptada por la mayoría de los autores que tratan el tema de la calidad de servicio²⁻⁴ y está empezando a cobrar importancia en los estudios propios del sector sanitario. Según Berry et al⁵, el servicio es lo que el cliente dice que es. La valoración de la calidad del servicio por el cliente es la única valoración que importa.

En cuanto a la medida cuantitativa de la calidad del servicio, uno de los trabajos pioneros se recoge bajo la denominación de SERVQUAL, nacido en 1986 de la mano de Parasuraman et al³. Como aportaciones más importantes, se puede destacar 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 percibida⁶. El cuestionario está compuesto de 44 ítems, divididos en 2 escalas (expectativas y percepciones) de 22 ítems cada una, diseñadas para medir la calidad a través de 5 dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía⁷.

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 et al⁸ 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 servicio⁹; 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 las 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 2 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^{8,10-12}.

El objetivo general que este trabajo persigue es analizar la calidad de los servicios sanitarios públicos en Málaga. Para

ello, utilizamos un instrumento de medida de la calidad percibida adaptando las escalas SERVQUAL y SERVPERF al sector en cuestión. Posteriormente, se mide la validez y la fiabilidad de este modelo y, por último, estudiamos la influencia de la experiencia en la calidad percibida, diferenciando entre usuarios y no usuarios.

Material y método

Para alcanzar los objetivos propuestos, esta investigación siguió una metodología basada en la realización de entrevistas personales a la población general mayor de edad del Distrito Sanitario Málaga, ya sean o no usuarios de los servicios sanitarios públicos.

La amplitud de este universo, 608.688 habitantes, hizo necesario extraer una muestra de 400. De este modo, se procedió, en una primera etapa, a seleccionar la muestra de forma estratificada en proporción al número de habitantes censados en cada una de las zonas que constituyen el Distrito Sanitario Málaga. En una segunda etapa, se procedió a distribuir la muestra con criterios proporcionales de la población en cuanto al sexo y la edad (tabla 1).

Tabla 1. Ficha técnica del estudio

Técnica de estudio	Entrevista personal
Método	Encuesta cerrada
Tiempo medio estimado de entrevista	15 min
Universo	Habitantes del Distrito Sanitario Málaga mayores de 18 años
Ámbito	Distrito Sanitario Málaga. Incluye 2 zonas básicas de salud: Málaga y Rincón de la Victoria
Procedimiento de extracción de la muestra	Primera etapa: selección de la muestra de forma estratificada y proporcional a la distribución de la población del Distrito Sanitario Málaga Segunda etapa: 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.

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 servicio¹³⁻²⁷, 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 forma-

to original del SERVPERF se adaptó para representar las peculiaridades del servicio sanitario. Los términos como “clientes” y “empleados” fueron reemplazados por “pacientes” y “médicos, personal de enfermería y personal no sanitario”, respectivamente. Además, se suprimió algunos ítems de la escala original y se añadió otros para así resaltar las peculiaridades del sector y también la existencia de distintos tipos de personal (tabla 2).

Tabla 2. Cuestionario adaptado del SERVQUAL

Ítems del cuestionario adaptado a la sanidad pública	Semejanzas con los ítems del SERVQUAL
P1. Preparación de los médicos para atender a los problemas de salud de los pacientes (conocimientos, habilidad y experiencia)	1. La empresa de servicios tiene equipos de apariencia moderna. Igual al ítem P15
P2. Confianza transmitida por los médicos	2. Las instalaciones físicas de la empresa de servicios son visualmente atractivas. Igual al ítem P16
P3. Realización del servicio correctamente a la primera por parte del médico	3. Los empleados de la empresa de servicios tienen apariencia pulcra. Igual al ítem P17
P4. Claridad con que el médico informa al paciente	4. Los elementos materiales (folletos, estados de cuenta y similares) son visualmente atractivos. Eliminado
P5. Seguimiento individualizado, por el médico, de cada paciente	5. Cuando la empresa de servicios promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace. Eliminado
P6. Amabilidad de los médicos	6. Cuando un cliente tiene un problema, la empresa muestra un sincero interés en solucionarlo. Igual al ítem P7
P7. Interés demostrado por los médicos para solucionar el problema de salud de los pacientes	7. La empresa realiza el servicio correctamente a la primera. Igual al ítem P3
P8. Disposición de los médicos para prestar el servicio de inmediato	8. La empresa concluye el servicio en el tiempo prometido. Eliminado
P9. Amabilidad del personal de enfermería	9. La empresa de servicios insiste en mantener registros exentos de errores. Eliminado
P10. Amabilidad del personal no sanitario (información, administración, etc.)	10. Los empleados comunican a los clientes cuándo concluirá la realización del servicio. Eliminado
P11. Preparación del personal de enfermería	11. Los empleados de la empresa ofrecen un servicio rápido a sus clientes. Relacionado con los ítems P20, P21 y P22
P12. Preparación del personal no sanitario	12. Los empleados de la empresa siempre están dispuestos a ayudar a sus clientes. Igual al ítem P8
P13. Coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada)	13. Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de sus clientes. Eliminado
P14. Tiempo dedicado por el personal sanitario	14. El comportamiento de los empleados de la empresa de servicios transmite confianza a sus clientes. Igual al ítem P2
P15. Apariencia del equipamiento médico	15. Los clientes se sienten seguros en sus transacciones con la empresa de servicios. Eliminado
P16. Aspecto de las instalaciones	16. Los empleados de la empresa de servicios son siempre amables con los clientes. Igual a los ítems P6, P9 y P10
P17. Aspecto físico del personal	17. Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes. Igual a los ítems P1, P11 y P12
P18. Facilidad de trámites y papeles	18. La empresa de servicios da a sus clientes una atención individualizada. Igual al ítem P5
P19. Facilidad de acceso al servicio (horarios, cercanía del centro, aparcamientos, etc.)	19. La empresa de servicios tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus clientes. Relacionado con el ítem P19
P20. Tiempo transcurrido para dar una cita	20. La empresa de servicios tiene empleados que ofrecen una atención personalizada. Eliminado
P21. Tiempo transcurrido para realizar pruebas complementarias (análisis, radiografías, etc.)	21. La empresa de servicios se preocupa por los mejores intereses de los clientes. Eliminado
P22. Tiempo transcurrido para ser intervenido quirúrgicamente	22. La empresa de servicios comprende las necesidades específicas de los clientes. Eliminado

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con el modelo SERVPERF, se ha medido las actitudes o el servicio percibido, para lo que se eligió escalas tipo Likert de 7 puntos, en las que el entrevistado responde en función de su grado de acuerdo o de desacuerdo. El resultado ha sido una encuesta con 3 partes diferenciadas. Una primera parte que consta de 6 preguntas de clasificación (edad, sexo, situación laboral, localidad de residencia, estado civil, estado de salud); la segunda, formada por 22 ítems referidos a distintos aspectos de la calidad del servicio sanitario, y la tercera, que consta de un ítem donde se pretende medir la satisfacción con el servicio sanitario.

Antes de realizar las entrevistas personales, se llevó a cabo un pretest sobre una muestra de 20 personas con objeto de conocer el grado de comprensión, la duración de la encuesta y el orden que debían seguir las preguntas. Esto nos llevó a realizar 2 cambios: en cuanto a la escala Likert, en vez de contestar en función del grado de acuerdo o de desacuerdo, se optó por realizar una valoración de cada aspecto del servicio, asignando un 1 al más bajo nivel de calidad percibida y un 7 al más alto; el segundo cambio consistió en alterar el orden de las preguntas, colocando las 6 preguntas de clasificación en último lugar, en el intento de que los factores de cansancio, aburrimiento o falta de atención ejercieran la menor influencia posible en las respuestas realmente relevantes.

La escala utilizada es un instrumento útil en la medida de la calidad percibida, pues cumple con las siguientes propiedades: parametrización escueta o simplicidad, fiabilidad y validez.

En primer lugar, para averiguar si la escala es lo más simple o escueta posible, se realiza un análisis factorial, el cual reduce las variables observables de partida en un número inferior de variables hipotéticas denominadas "factores". Analizando la matriz de correlaciones antiimagen (con valores en la diagonal muy elevados, cercanos a 1), el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (con un valor de 0,923, muy cercano a 1) y el test de esfericidad de Bartlett (con un nivel de significación de 0,000, mucho menor que el que normalmente se toma como referencia [0,05] y, por tanto, muy significativo) (tabla 3), comprobamos que existe cierto nivel de correlación entre las diferentes variables y, por tanto, se puede llevar a cabo dicho análisis factorial. Seguidamente, a través del criterio de la varianza (tabla 4), seleccionamos 5 factores (atención recibida del personal médico, accesibilidad y organización, elementos tangibles, tiempo de espera y atención recibida del personal de administración y enfermería) que explicaron el 66,862% de la varianza de las variables origina-

Tabla 3. Kaiser-Meyer-Olkin y test de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin		0,923
Prueba de esfericidad de Bartlett	χ^2 aproximado	4.173,978
	Grados de libertad	231
	Sigma	0,000

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Varianza total explicada por los factores

Componentes	Autovalores iniciales		
	Total	Varianza (%)	Acumulado (%)
1	9,303	42,284	42,284
2	1,756	7,983	50,268
3	1,291	5,869	56,136
4	1,262	5,737	61,874
5	1,097	4,989	66,862
6	0,713	3,239	70,101
7	0,650	2,954	73,055
8	0,629	2,857	75,912
9	0,586	2,662	78,574
10	0,569	2,585	81,159
11	0,506	2,300	83,459
12	0,488	2,219	85,678
13	0,452	2,057	87,734
14	0,420	1,907	89,642
15	0,413	1,879	91,520
16	0,386	1,755	93,276
17	0,314	1,429	94,705
18	0,275	1,251	95,956
19	0,269	1,222	97,178
20	0,232	1,056	98,235
21	0,206	0,936	99,171
22	0,182	0,829	100,000

Fuente: elaboración propia.

les, lo que implica que es una solución satisfactoria en el caso de las ciencias sociales²⁸. Por último, para conocer cómo se relacionan los 6 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, para lo cual se eligió una rotación ortogonal *varimax* (tabla 5). A partir de estos datos, se puede afirmar que la escala no presenta problemas con relación a la parametrización escueta, dado que podemos resumirla mediante un número reducido de variables: en nuestro caso, 5.

En segundo lugar, una escala debe poseer la propiedad de la fiabilidad, es decir, debe ser capaz de generar resultados constantes en sucesivas aplicaciones a los mismos grupos y en situaciones similares²⁹. El coeficiente alfa de Cronbach permite medir dicha propiedad. El elevado valor que presenta este coeficiente (0,9282) nos permite afirmar que la escala utilizada es un instrumento de medida fiable de la calidad percibida por los pacientes.

En cuanto a la propiedad de validez, se puede analizar desde 2 perspectivas: la validez aparente y la convergente. Se ha contrastado la primera sometiéndola al criterio de jueces, durante la fase de adaptación de la escala, así como mediante la posterior realización de un pretest. Para comprobar la validez convergente, se incluyó una pregunta adicional que

Tabla 5. Matriz de componentes con rotación *varimax*

Componentes	1	2	3	4	5
P1	0,609	0,137	-0,178	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	-0,002	0,021
P5	0,568	0,163	0,520	0,181	-0,009
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	-0,035	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	-0,033	0,735

Fuente: elaboración propia. Nota: En la tabla se incluyen 5 columnas de números que representan las cargas factoriales sobre cada variable y para cada factor, es decir, la correlación existente entre la variable y el factor. Una carga factorial será significativa cuando sea igual o superior a 0,30, considerando una muestra de 400 casos.

Rotación de factores: herramienta muy útil para interpretación de factores. Implica girar en el origen los ejes de referencia hasta alcanzar una determinada posición. La rotación *varimax* es una rotación ortogonal, lo que implica que los ejes mantienen un ángulo de 90°, y se considera que los factores son matemáticamente independientes. En la rotación *varimax*, se intenta minimizar el número de variables que tienen cargas elevadas en un factor dejando por columnas cantidades próximas a 0 o 1 para simplificar las columnas.

recoge la satisfacción de los clientes con respecto a la sanidad pública. Este planteamiento sugiere una relación lógica: las puntuaciones obtenidas de la escala utilizada para medir la calidad percibida deben ser mayores cuanto mayor sea la satisfacción, es decir, debe existir una relación positiva entre satisfacción y calidad percibida^{8,30}. Para comprobar estas hipótesis, se realizó un análisis de contraste de medias entre los valores de calidad percibida y de satisfacción obtenidos por clientes satisfechos y que perciben calidad en el servicio y aquellos insatisfechos y que no perciben calidad, utilizando el estadístico t de Student. En ambos casos, los resultados afirman que el nivel de significación es muy pequeño (0,000 < 0,001), por lo que podemos rechazar la hipótesis nula de que las medias poblacionales son significativamente diferentes y que el instrumento utilizado no plantea problemas para

medir la calidad percibida por los pacientes con relación a la sanidad pública. En definitiva, la escala utilizada presenta validez tanto aparente como convergente.

Resultados

Con el objeto de analizar la calidad percibida de la Sanidad Pública en Málaga, la población objetivo se ha dividido en 2 partes: los que han tenido alguna experiencia con los servicios públicos de salud (que hayan asistido alguna vez en los últimos 5 años, el 86,75% de la población) y los que no (13,25%). Este último grupo, aunque no haya tenido experiencia con la sanidad pública, sí posee, al menos, una imagen de ella en cuanto a cada uno de los aspectos del servicio.

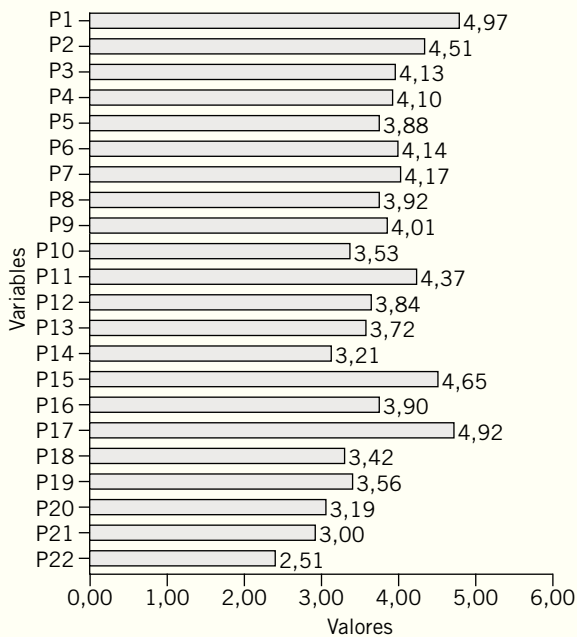
Calidad percibida por los usuarios de la Sanidad Pública

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, 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), la facilidad de acceso (3,56), el aspecto de las instalaciones (3,90), la 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 intervención quirúrgica). Se incluyen también como peor valorados los aspectos relacionados con la amabilidad del personal no sanitario (3,53) (fig. 1).

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 encontraron 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 y 2,51 para usuarios y 2,42, 2,34 y 1,79 para los no usuarios, en caso de pedir citas, realización de pruebas e intervención quirúrgica, respectivamente). A la vista de los resultados, los no usuarios del sistema de salud público pensaron 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 obtuvo a partir de la experiencia es más positiva que la obtenida con independencia de ella.

Figura 1. Valoración media de la calidad percibida. (Fuente: elaboración propia.)



Discusión

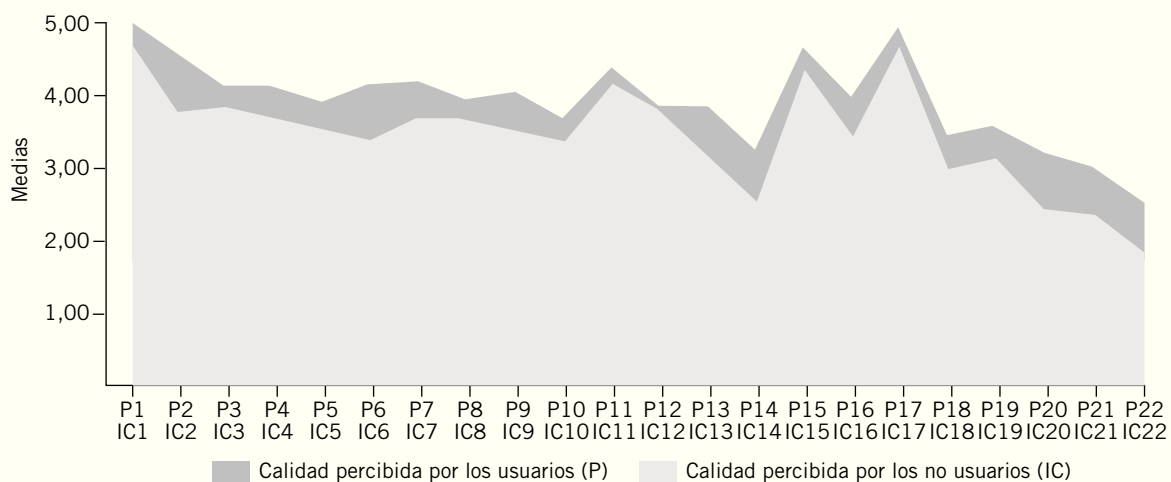
El presente trabajo aborda el estudio de la calidad asistencial desde la perspectiva del paciente. Este modo de entender la calidad está consolidándose actualmente como un factor esencial. Así, en los últimos años asistimos a un cam-

bio 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 con la premisa de satisfacer las necesidades de aquél⁷. Ejemplos representativos que conectan con este tipo de aproximación son los criterios y el peso específico que se confiere a la satisfacción del usuario en propuestas tan extendidas como la del Modelo Europeo para la Gestión de Calidad, en el que la satisfacción del usuario es el aspecto al que se otorga la mayor puntuación³¹. En el caso de Andalucía, igualmente se observa que se lleva a efecto la orientación al cliente. Así, en la segunda línea estratégica del Plan Estratégico del SAS para el período 2001-2004, se recogía la pretensión de incrementar “la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios”, con objeto de adaptar la oferta sanitaria a las características de las demandas de los clientes. Además, la actual Ley de Salud de Andalucía³² recoge en su artículo 6.1.q el derecho de los ciudadanos a participar en los servicios y actividades sanitarios. Asimismo, el artículo 6.1.r propone a los usuarios de servicios sanitarios la utilización de vías de reclamación y de propuestas de sugerencias.

Se trata de una nueva forma de trabajar que, en lo publicado sobre esta materia, se ha denominado “cuidados centrados o focalizados en el paciente”. Todo esto implica un cambio no sólo en la estructura de la organización sino también en los sistemas de información, política de personal y, por supuesto, un cambio en la cultura de la organización sanitaria.

En cuanto al método de medición, se basa en el diseño de un cuestionario adaptado del SERVPERF al entorno sanitario. Carman³³, Babakus et al³⁴ e incluso los propios diseñadores de la escala SERVQUAL señalan esa necesidad de adaptación afirmando que se debe adecuar los ítems a cada tipo de servicio. Los ítems utilizados para medir la calidad

Figura 2. Calidad percibida por los usuarios y no usuarios del servicio público de salud. (Fuente: elaboración propia. El significado de los 22 ítems se especifica en la tabla 2.)



percibida recogen las 5 dimensiones del instrumento SERVQUAL: tangibilidad, capacidad de respuesta, empatía, fiabilidad y seguridad, así como las 2 dimensiones que establece Grönroos³⁵, cuya concepción de la calidad de servicio es equivalente a la propuesta por Parasuraman et al: calidad técnica y funcional. El cuestionario utilizado posee simplicidad, fiabilidad y validez, por lo que es adecuado para medir la calidad percibida de los servicios sanitarios públicos.

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

1. Cuantificación de la calidad percibida por los clientes: presenta un valor medio de 3,8337 en una escala de 1 a 7.

2. Conocer la calidad percibida por los usuarios del sistema público de salud: los resultados obtenidos 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 y el instrumental utilizados, para subrayarlos y reforzarlos, y, por otro, 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 suscita que se perciba a los recursos humanos como escasos para dar una suficiente agilidad a la demanda asistencial y que se vea a los medios físicos 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, mientras que en la atención primaria el servicio suele ser mucho más ágil. Es importante tener en cuenta este aspecto para estudios posteriores, de manera que se pudiera analizar en mayor profundidad ambos aspectos por separado.

3. 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, 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. Realizan estas valoraciones las personas que no han experimentado 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 inde-

pendencia de ella. Este hecho demuestra lo importante que es trabajar sobre la imagen de la sanidad pública en 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 del sistema sanitario público en ese ámbito, ya que la imagen global es peor que la que poseen los que han tenido contacto real con el servicio.

Por otro lado, debe hacerse igualmente mención de las limitaciones del estudio, así como de sus potencialidades o posibles vías de ampliación para completar los datos que se aportan. Un factor a destacar es que el cuestionario no distingue resultados procedentes de los distintos niveles asistenciales, pero eso supondría hacer un cuestionario mucho más extenso, con lo que se dificultaría la participación y se incrementaría el coste. Otro punto que merece la pena resaltar es que se está evaluando los servicios sanitarios únicamente desde el punto de vista del cliente y que, aunque –como ya se ha dicho– es algo fundamental, también es cierto que no es completo. Un estudio total de la calidad del servicio sanitario requiere tener en cuenta la perspectiva de quienes lo proveen, aspecto que debe ser tomado en consideración en posteriores estudios.

Finalmente, consideramos que profundizar en esta línea de investigación puede aportar avances significativos en la gestión de cualquier centro sanitario. Dado que las necesidades van cambiando, se hace necesario analizar las dimensiones que más preocupan a los pacientes y realizar de forma continua mediciones de la calidad percibida para conocer su evolución, pues ello repercutirá positivamente en la mejora del servicio sanitario público y en el fortalecimiento de su imagen social.

Bibliografía

1. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
2. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Marketing*. 1985;49:41-50.
3. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1988;64:12-40.
4. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *J Marketing*. 1994;58: 111-24.
5. Berry LL, Bennet DR, Brown CW. Calidad de servicio. Una ventaja estratégica para instituciones financieras. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
6. Moliner MA, Moliner J. La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. *Aten Primaria*. 1996;17:400-6.
7. Villegas Periñán M, Rosa Díaz IM. La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección y organización*. 2003;(29):50-8.

8. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. *J Marketing*. 1992;56:55-69.
9. Martínez-Tur V, Peiró Silla JM, Ramos J. Calidad de servicio y satisfacción del cliente. Valencia: Síntesis; 2001.
10. Cronin JJ, Taylor SA. Servperf *versus* Servqual. Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *J Marketing*. 1994;58:125-31.
11. Teas RK. Expectations, performance, evaluation and consumers' perceptions of quality. *J Marketing*. 1993;57:18-34.
12. Brown TJ, Churchill GA, Peter JP. Improving the measurement of service quality. *J Retailing*. 1993;69:127-39.
13. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *J Retailing*. 1991;67:420-50.
14. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health Care Management Review*. 1994;19:49-55.
15. Scardina SA. SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *J Nurs Care Qual*. 1994;8:38-46.
16. Simon L. SERVQUAL: a tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*. 1997;8:145-54.
17. Oswald S, Turner D, Snipes R, Butler D. Quality determinants and hospital satisfaction. *Marketing Health Services*. 1998; 18:18-22.
18. O'Connor SJ, Trinh HQ, Shewchuk RM. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health Care Manage Rev*. 2000;25:7-23.
19. Puay Cheng L, Nelson KH. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assur*. 2000;13:290-300.
20. Larrabee JH, Bolden LV. Defining patient-perceived quality of nursing care. *J Nurs Care Qual*. 2001;16:34-60.
21. Uzun O. Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey. *J Nurs Care Qual*. 2001;16:24-33.
22. Murrow CA, Murrow J. Professional and patient perspectives help define nursing quality. *Marketing Health Services*. 2002; 22:385-401.
23. Mira JJ, Buil JA, Vitaller J, Rodríguez-Marín J, Gosálvez C. Calidad del servicio hospitalario percibida por sus clientes potenciales y reales. *Rev Calidad Asistencial*. 1996;11:208-14.
24. Moliner Tena MA, Moliner Tena J. La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. *Aten Primaria*. 1996;17:72-84.
25. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, López Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria*. 1999;24:41-52.
26. Mira Solves JJ, Buil Aina JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz Andrés J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit*. 1997;11:176-89.
27. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:273-83.
28. Luque Martínez T. Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados. Madrid: Pirámide; 2000.
29. Fernández Barcala, M. Validación del SERVQUAL como instrumento de medida de la calidad de servicio bancario. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*. 2000;9:57-70.
30. Anderson EW, Fornell C, Lehmann DR. Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from sweden. *J Marketing*. 1994;58:53-66.
31. Corbella A, Maturana S. Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:357-62.
32. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOJA n.º 74, de 4 de julio de 1998.
33. Carman JM. Consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1990;66:33-55.
34. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital service: an empirical investigation. *Health Serv Res*. 1992;26:676-86.
35. Grönroos C. A service quality model and its marketing implications. *Eur J Marketing*. 1984;18:36-44.