

CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD: UNA REVISIÓN A LA LITERATURA DESDE LA PERSPECTIVA DEL *MARKETING**

Mauricio Losada Otálora**
Augusto Rodríguez Orejuela***

* Este artículo es resultado del proyecto de investigación *Diseño y validación de una escala para medir la calidad del servicio en instituciones prestadoras de servicios de salud, desde la perspectiva del consumidor*, financiado por la Universidad del Valle. El proyecto se encuentra en su fase final. El artículo se recibió el 03-05-2007 y se aprobó el 18-10-2007.

** Candidato a Magíster en Ciencias de la Organización, Universidad del Valle, Colombia; Administrador de empresas, Universidad Surcolombiana, Colombia, 2004. Integrante del Grupo de Investigación en Marketing de la Universidad del Valle (Categoría A de Colciencias, 2006). Asistente de investigación del Departamento de Administración y Organizaciones, Facultad de Ciencias de la Administración, Universidad del Valle, Colombia.
Correo electrónico: mlosada@univalle.edu.co

*** Doctor en Ciencias de Empresa, Universidad de Murcia, España, 2004; Magíster en Administración de Empresas, Universidad del Valle, Colombia, 1992; Ingeniero metalúrgico, 1983. Director del Grupo de Investigación en Marketing de la Universidad del Valle (Categoría A de Colciencias, 2006). Director del Departamento de Administración y Organizaciones, Facultad de Ciencias de la Administración, Universidad del Valle, Colombia.
Correo electrónico: arodriguez_88@yahoo.com

Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva de marketing

RESUMEN

En este artículo se examinan diferentes investigaciones teóricas y empíricas sobre la calidad del servicio y su medición en los ámbitos local y mundial en el sector de la salud, reportadas en publicaciones especializadas desde inicios de los años noventa. Los hallazgos ponen de manifiesto la falta de consenso en la definición y determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios de salud, las cuales son necesarias para desarrollar instrumentos de medida fiables que permitan brindar mejor calidad a los usuarios. Al respecto, en Colombia se han probado diversas metodologías en la medición y evaluación de la calidad de servicios de salud. SERVQUAL es el instrumento de mayor utilización en el mundo con estos propósitos; no obstante los resultados obtenidos, de su aplicación no se permiten realizar generalizaciones. Esta situación revela la necesidad de llevar a cabo investigaciones con otros modelos teóricos, como el SERVPERF o el enfoque jerárquico multidimensional, que permitan el desarrollo de escalas de medida válidas y apropiadas para el contexto local.

Palabras clave: servicios, calidad del servicio, dimensiones de calidad del servicio, SERVQUAL, calidad de los servicios de salud.

Health Service Quality: A Literature Review from a Marketing Perspective

ABSTRACT

This article examines different theoretical and empirical research papers on service quality and on measuring it locally and worldwide in the health sector, which have been reported in specialized publications since the early 1990s. Findings make the lack of consensus in defining and determining the dimensions that make up quality in health services evident and such dimensions are necessary for developing reliable measurement instruments that enable offering users better quality. To that regard, in Colombia diverse methodologies for measuring and evaluating the quality of health services have been tried out. SERVQUAL is the most used instrument for such purpose worldwide; notwithstanding, after applying it in Colombia, the results obtained did not allow any generalizations. That situation reveals the need to conduct research using other theoretical models, such as SERVPERF or the multi-dimensional hierarchical approach, which enable the development of valid, appropriate measurement scales for the local context.

Key words: Services, service quality, service quality dimensions, SERVQUAL, health service quality.

Introducción

Durante las dos últimas décadas, la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés para investigadores y gerentes, debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad (Guru, 2003). Los servicios de salud en Colombia no han sido ajenos a esta tendencia, ya que el auge del modelo de *competencia administrada*, que entrega a las fuerzas del mercado la administración de los servicios de salud, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado (Guzmán, 2005).

En la Ley 100 de 1993, la calidad en la atención es un factor crítico, al punto que se fija para los proveedores de salud la obligación de establecer mecanismos para medirla, que respondan de forma efectiva a las metas en salud y al desafío de la competitividad (Roldán et al., 2001). En Colombia estos desafíos se deben atender considerando los aspectos técnicos y funcionales propios de los servicios de salud (Donabedian, 1980), máxime luego de que las privatizaciones derivadas de las reformas al Sistema General de Salud han conducido a la creación de sistemas de salud excluyentes, en los cuales el precio pagado determina el acceso a los servicios para los usuarios y la continuidad de las organizaciones en el mercado.

Si bien es cierto que aspectos como la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios son pilares fundamentales para el afianzamiento de las organizaciones de salud en el mercado, en Colombia estos

elementos deben observarse con cuidado. La precaución radica en que la búsqueda de rentabilidad por parte de las organizaciones de salud las ha llevado a adoptar un enfoque de calidad perverso, que si bien es cierto garantiza el éxito en el mercado de las empresas, relega a un segundo plano la calidad técnica, debido a que utiliza estos aspectos como elementos distractores, que ocultan las fallas de las instituciones de salud en la prestación de servicios de calidad en forma más eficiente y equitativa (Castaño, 2005).

Este artículo se centra en el enfoque de la mercadotecnia (*marketing*), y desde esa perspectiva reconoce la importancia de la percepción del paciente en la evaluación de la calidad del servicio en salud; no obstante, sugiere que no debe olvidarse la perspectiva médica y científica en la definición de estrategias de calidad para los proveedores de servicios de salud. El documento inicia con la revisión de los conceptos de *calidad del servicio*, *calidad del servicio en salud*, y su reglamentación en Colombia. Seguidamente, analiza la dimensionalidad del concepto, su operativización y medición. Finalmente, presenta algunas conclusiones y perspectivas de investigación.

1. Servicios de salud: definiciones

Los servicios de salud son los prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los *preventivos*, destinados a mantener la salud del individuo, y los *curativos y de rehabilitación*, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados (Kerr y Trantow, 1969).

En Colombia, el Decreto 1011 de 2006 define la atención en salud como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Igualmente, cataloga como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), a los profesionales independientes de salud, a los servicios de transporte especial de pacientes y a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

La demanda de los servicios de salud tiene varias particularidades que deben ser observadas para comprender su esencia:

1. El servicio de salud responde a una necesidad de los individuos, más que a los propios deseos de tener más o mejor salud, por esto cada persona debe recibir tantos cuidados médicos como necesidades tenga, y no tantos como esté dispuesto a pagar (Agudelo, 2006).
2. La incertidumbre afecta al mercado: los pacientes desconocen el resultado de sus enfermedades sin la ayuda de los médicos, y estos no pueden predecir con toda certeza los resultados de un tratamiento (Iñiguez, 2005).
3. En los mercados de servicios de salud existe una gran asimetría de información, que genera dos consecuencias: (a) el consumidor es totalmente dependiente de los médicos (Arredondo y Recaman, 2002) y (b) no permite que la calidad del

producto sea observable completamente para el consumidor (Castaño, 2005).

4. El sistema posee elementos distorsionantes (como financiamiento y subsidios del gobierno) que limitan en el usuario y en el médico las consideraciones con respecto al costo de sus actividades (Iñiguez, 2005). En Colombia estos elementos distorsionantes se manifiestan de forma clara en el sistema de aseguramiento, que busca evitar los riesgos de inequidad derivados de esquemas segmentados, fragmentados y débilmente regulados a partir de la definición de un conjunto de prestaciones garantizadas (Cardona, Hernández y Yepes, 2005). Infortunadamente, las reformas continuas al sistema en general han hecho de este un sistema inequitativo e ineficiente, cuyos beneficios reales a los afiliados son discutibles hoy en día.
5. Contrario a lo que ocurre en el intercambio comercial, raramente el individuo recibe de forma inmediata la retribución por el consumo del servicio (Rothschild, 1999). Adicionalmente, en la atención médica no se conoce el gasto que debe realizarse, debido a la ocurrencia probabilística de la enfermedad y a la variabilidad de su gravedad, los tratamientos disponibles y su eficacia (Arrow, 1963).
6. La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar (Castaño, 2005). Este hecho contribuye a la dificultad de medir su calidad; situación que se afianza dada la intangibilidad, heterogeneidad, percibibilidad e inseparabilidad de los servicios de salud.

2. Calidad del servicio: definición

Los primeros esfuerzos por definir la calidad del servicio se inclinan a hacerlo de acuerdo con los criterios del prestatario, con la consecuente adaptación a las especificaciones definidas por el productor. Prueba de esto es que, en 1972, Levitt propone aplicar a la producción de los servicios definiciones y técnicas de control de calidad similares a las de la manufactura¹. A este enfoque de la calidad se le conoce como calidad objetiva, que se refiere a la superioridad medible y verificable del servicio frente a un ideal estándar (Zeithaml, 1988).

Un cambio en la visión objetiva de la calidad del servicio se gesta a partir de Grönroos (1982 y 1984), quien manifiesta que dada su inmaterialidad, los servicios requieren una activa interacción entre el comprador y el proveedor. Esta relación origina el concepto de *calidad del servicio percibida*, que implica el juicio subjetivo del cliente sobre el servicio que recibe. Introducir la percepción conlleva formular el concepto de calidad del servicio desde la óptica del cliente (Gil, 1995).

Zeithaml (1988) define la calidad como la superioridad o excelencia; por extensión, la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. Este concepto es diferente de la *calidad objetiva*, ya que vincula la perspecti-

va del consumidor/comprador; hace referencia a un nivel superior de abstracción, más que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global similar a una actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción², y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor.

Desde una perspectiva de la mercadotecnia, existe relativo consenso entre los investigadores acerca de que la concepción de la calidad del servicio debe ser personal y subjetiva, es decir, debe considerar la percepción del cliente (Grönroos, 1984). Desde esta óptica, la definición que goza de mayor aceptación entre académicos e investigadores es la propuesta por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), para quienes la calidad del servicio, además de ser un *constructo* elusivo que puede ser difícil de medir, es el resultado de la comparación de las expectativas o deseos del consumidor frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio recibido³.

¹ Esta intención de “industrializar los servicios”, por el ajuste de su calidad al cumplimiento de ciertas especificaciones, es cuestionada por Shostack (1977), quien considera que las características especiales de estos, y en particular su intangibilidad, dificultan la aplicación de este enfoque.

² La actitud es la orientación afectiva permanente hacia un producto, tienda o proceso; en cambio, la satisfacción es la respuesta o reacción emocional que sigue a una experiencia de desconfirmación (Oliver, 1980). Mientras la calidad percibida es un juicio global o actitud relacionada con la superioridad de un servicio, la satisfacción se relaciona con una transacción particular o con un punto específico de ella (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988).

³ Las expectativas son definidas por Oliver (1980) como pensamientos que crean en el consumidor un marco de referencia a partir del cual hace juicios comparativos entre lo esperado y lo percibido. Las percepciones son definidas como creencias (o ideas) del cliente con respecto al servicio recibido o experimentado (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985; Swartz y Brown, 1989), y surgen de elementos como la operación total de servicio, la apariencia del proveedor, o aspectos diversos relacionados con este (Sirohi, McLaughlin y Wittink, 1998).

2.1 *Calidad del servicio en servicios de salud*

La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado desde, por lo menos, dos enfoques: el primero nace con los trabajos de Donabedian (1980 y 1988), quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella (Grönroos, 1984; Vandamme y Leunis, 1993).

Calidad del servicio en los servicios de salud en Colombia. A pesar de que después de la Constitución de 1991, el gasto en salud pública en Colombia crece sustancialmente, aún la efectividad y calidad del sistema de salud es cuestionada, ya que si bien es cierto se incrementa la cobertura, persisten problemas de equidad, eficiencia y, sobre todo, resultados (Cardona et al., 2005).

Esto puede explicarse por dos razones: por una parte, la descentralización ineficiente, que obliga a los entes territoriales a asumir, sin ninguna preparación, la atención de programas básicos de salud; por la otra, la implantación del sistema de aseguramiento,

que da a la salud un enfoque rentístico que mantiene y reproduce su inequidad⁴.

La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención⁵ oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional.

A pesar de lo anterior, un estudio sobre la oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en el país revela que el 64,7% de las personas identificadas como enfermas por causa crónica o no crónica, que no usan los servicios de atención médica, mencionan razones para no hacerlo asociadas con problemas en la calidad (Velandia, Ardón, Cardona, Jara y Pérez, 2001)⁶.

El boletín 018 de marzo de 2007 de la Procuraduría General de la Nación presenta las preocupantes conclusiones de un estudio del Ministerio Público sobre la gestión de las empresas promotoras de salud (EPS) en Colombia. Trato inhumano, discriminación, exigencias desbordadas e inconsistencias en informaciones son algunas de las irregulari-

⁴ Para profundizar sobre este aspecto, véase Cardona et al. (2005).

⁵ El Decreto 1011 de 2006 define en Colombia la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

⁶ Los problemas de calidad, oportunidad, accesibilidad (geográfica y económica), entre otros, también aparecen en una revisión a trabajos anteriores a las encuestas de calidad de vida, que indagan de forma indirecta sobre la calidad en salud. Al respecto véase Velandia, Ardón, Cardona y Jara (2005).

dades que identifica el estudio. El problema requiere acciones urgentes, y es de tal magnitud que según la revista *Dinero*, en su edición No. 275, entre octubre de 2002 y noviembre de 2006, el Ministerio de la Protección Social ha sancionado a más de 2.400 prestadores de servicios de salud en Colombia, y anualmente los usuarios presentan entre 80.000 y 90.000 acciones de tutela para conseguir servicios por parte de los proveedores.

2.2 Dimensiones de la calidad del servicio

La multidimensionalidad de la calidad del servicio está justificada teóricamente de forma amplia; no obstante, falta consenso respecto a sus dimensiones constitutivas (Gil, 1995). En consecuencia, son múltiples los trabajos teóricos y empíricos en diferentes contextos de servicios que reportan resultados diferentes en la composición del *constructo* (Swan y Combs, 1976; Grönroos, 1982 y 1984; Carman, 1990 y 2000; Babakus y Boller, 1992; Johnston, 1995; Kilbourne, Duffy, Duffy y Giarchi, 2004; Chowdary y Prakas, 2005; Lin, 2007).

El aporte con que más ha contribuido la literatura de la mercadotecnia en cuanto a las dimensiones de la calidad del servicio y a su medición es el de Parasuraman et al. (1985), que identifica diez dimensiones que representan los criterios que utilizan los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente.

Posteriormente, Parasuraman et al. (1988) reagrupan los criterios de forma que sólo quedan cinco dimensiones: elementos tangibles (apariciencia física de las instalaciones, equipos, personal, etc.), fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) y empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes).

La universalidad de estas dimensiones la cuestionan autores como Cronin y Taylor (1992) y Babakus y Mangold (1992), quienes sugieren que mientras para algunos servicios la composición del *constructo* puede ser compleja y multidimensional, para otros puede ser simple y unidimensional. Carman (1990) y Babakus y Boller (1992) consideran que la cantidad y la naturaleza de las dimensiones de la calidad del servicio tienen relación directa con el contexto analizado, lo cual hace necesario desarrollar metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa, que descubran las dimensiones particulares para cada contexto (Carman, 1990; Ekinci, 2001).

Dimensiones de la calidad en el servicio de salud. De acuerdo con la literatura, la calidad en los servicios de salud puede dividirse en dos dimensiones: la técnica y la funcional (Donabedian, 1980; Grönroos, 1984). La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. La calidad funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario.

A pesar de los desarrollos teóricos, subsiste para proveedores e investigadores del tema el desafío de desarrollar y comprender cuáles son las dimensiones clave que forman el *constructo*, para a partir de allí desarrollar instrumentos de medida válidos y fiables. Los resultados sobre las dimensiones de la calidad en los servicios de salud varían en contenido y cantidad según los autores, el enfoque, la metodología, el tiempo y el tipo de institución donde se realiza el estudio.

Coddington y Moore (1987) presentan la empatía, el respeto y el cuidado como factores principales de calidad del servicio en salud desde la perspectiva del cliente. Bopp (1990) manifiesta que la percepción de los pacientes sobre la calidad está mediada en mayor medida por lo que “expresa” el proveedor durante el encuentro de servicios, que por el desempeño técnico o profesional observado en este.

Bowers, Swan y Koehler (1994) señalan la empatía, la confiabilidad, la urgencia en la prestación del servicio, la comunicación y el cuidado como determinantes de la calidad y satisfacción de los pacientes. Jun, Peterson y Zsidisin (1998) argumentan la existencia de once dimensiones de calidad del servicio en el cuidado de la salud: elementos tangibles, confiabilidad, responsabilidad, competencia, cortesía, comunicación, accesibilidad, cuidado del paciente, resultados de los procedimientos, comprensión entre pacientes y médicos y colaboración sinérgica entre los elementos internos y externos del hospital para la prestación del servicio.

Investigaciones recientes también arrojan resultados divergentes sobre este aspecto.

Dean (1999) identifica como dimensiones importantes en salud la seguridad, la tangibilidad, la empatía, la fiabilidad y la capacidad de respuesta. Wong (2002) propone la capacidad de respuesta, la empatía y la seguridad. Baldwin y Sohal (2003) describen el temor, la ansiedad, la puntualidad y el tiempo de espera como los principales determinantes de la calidad del servicio en salud.

Autores como Palihawadana y Barnes (2004) corroboran las diferencias en los resultados sobre las dimensiones de calidad. Estos autores proponen el precio y la experiencia como las variables de mayor influencia en las percepciones de calidad del servicio en salud. Wisniewski y Wisniewski (2005) describen la tangibilidad, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía como las principales dimensiones de la calidad del servicio, aun cuando la fiabilidad es la de mayor importancia.

Como lo demuestran los trabajos anteriores y la literatura general sobre la temática, no existe acuerdo sobre el número y la composición de las dimensiones de la calidad del servicio en el área de la salud; no obstante, la mayoría de los resultados propuestos parten de las dimensiones sugeridas inicialmente por Parasuraman et al. (1988). A pesar de que la generalidad de tales dimensiones se cuestiona, diversos trabajos empíricos en el área de la salud las confirman (Dean, 1999; Wong, 2002). De igual forma, otras investigaciones sugieren modificaciones importantes en su definición y composición (Babakus y Mangold, 1992; Babakus y Boller, 1992; Carman, 1990 y 2000; Kilbourne et al., 2004).

2.3 Operacionalización y medición de la calidad del servicio

A pesar de que la calidad del servicio ha sido estudiada ampliamente en las investigaciones de gerencia (*management*) y mercadotecnia (Martínez y Martínez, 2007), no existe consenso en la forma como esta se debe operar y medir (Cronin y Taylor, 1992; Rust y Oliver, 1994). Este problema ha sido abordado principalmente desde dos perspectivas. La primera se basa en el paradigma de la desconfirmación⁷ (Grönroos, 1984; Parasuraman et al., 1985). La segunda afirma que la calidad de servicio se debe medir solamente con las percepciones del consumidor (Carman, 1990; Cronin y Taylor, 1992; McDougall y Levesque, 1994; Brady y Cronin, 2001).

Desde la primera aproximación, Grönroos (1984) desarrolla el *modelo nórdico* (Gráfico 1). De acuerdo con este, la calidad del servicio está en función de tres componentes: la calidad técnica, la calidad funcional y la imagen corporativa. La primera se refiere al “qué”, la segunda es el “cómo” y la tercera es el resultado de cómo el consumidor percibe la firma a través del servicio que presta. Los niveles de calidad aceptables se alcanzan cuando la calidad percibida satisface las expectativas del cliente.

También bajo el paradigma de la desconfirmación, Parasuraman et al. (1985 y 1988) proponen la escala SERVQUAL, según

la cual la calidad del servicio tiene cinco dimensiones genéricas y es el resultado de la diferencia entre las expectativas de los clientes y sus percepciones sobre el servicio recibido (E-P) (Gráfico 2). El modelo vincula cuatro elementos formadores de expectativas: la comunicación boca-oído, las necesidades personales de los clientes, las experiencias previas del cliente y las comunicaciones externas de la firma.

El instrumento original contiene 22 preguntas sobre expectativas e igual número de ítems sobre las percepciones del servicio. Esta operacionalización sugiere que lograr un alto nivel de calidad requiere igualar o sobrepasar las expectativas del cliente frente al servicio. La forma de calcular la calidad del servicio de acuerdo con esta propuesta es:

$$SQ_i = \sum_{j=1}^k (E_{ij} - P_{ij})$$

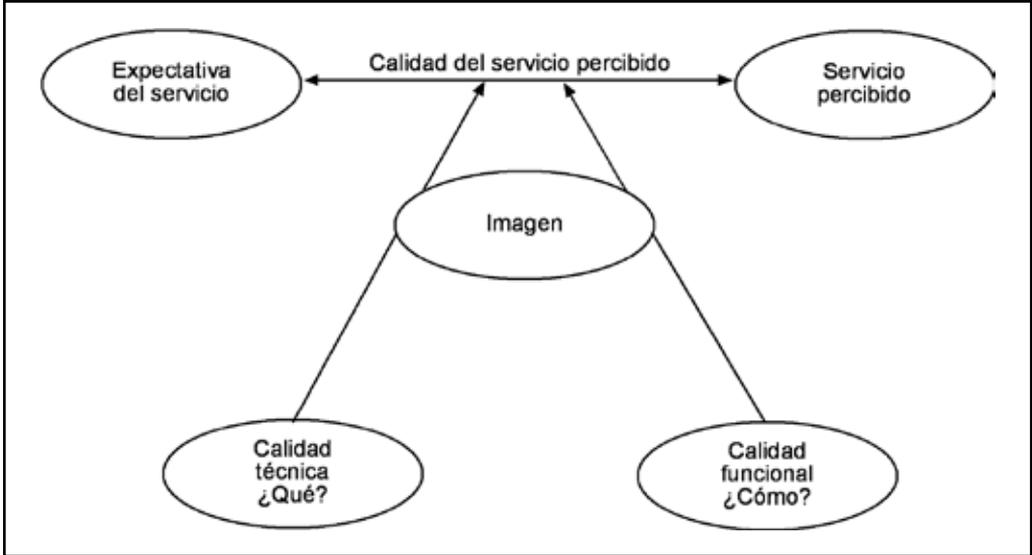
En esta fórmula: SQ_i representa la calidad percibida global del estímulo i ; k indica el número de atributos (22 en este caso)⁸; P_{ij} muestra la percepción del resultado del estímulo i con respecto al atributo j , y E_{ij} es la expectativa de calidad de servicio del atributo j para el estímulo i . En este modelo la calidad del servicio percibida incrementa a medida que la diferencia entre E_{ij} y P_{ij} se hace mayor a lo largo de los diferentes atributos evaluados.

A pesar de que la escala SERVQUAL se aplica en la evaluación de la calidad de múltiples servicios, ha sido criticada por diversos in-

⁷ Este paradigma afirma que los clientes tienen expectativas antes de hacer uso de un producto o servicio que les permite anticipar el nivel de desempeño. La desconfirmación aparece como la discrepancia entre las expectativas previas y el nivel de desempeño actual (Churchill y Suprenant, 1982).

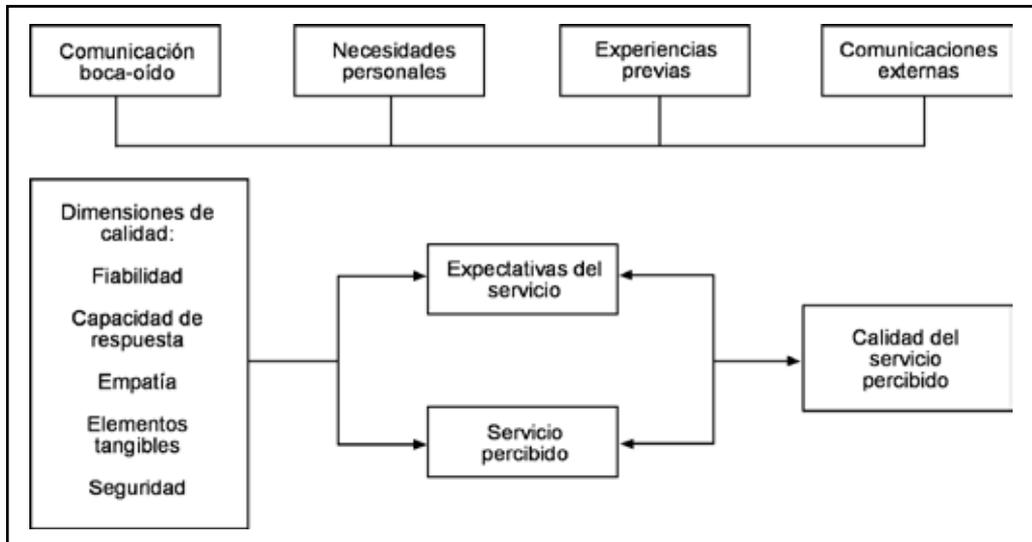
⁸ Los 22 ítems se distribuyen en el instrumento dentro de las cinco dimensiones así: cinco son usados para medir tangibilidad; cinco, para medir fiabilidad; cinco, para medir capacidad de respuesta; cuatro, para medir seguridad, y tres, para medir empatía.

Gráfico 1
Modelo nórdico de la calidad del servicio



Fuente: elaboración propia a partir de Grönroos (1984, p. 40).

Gráfico 2
Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio



Fuente: elaboración propia a partir de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993, p. 26).

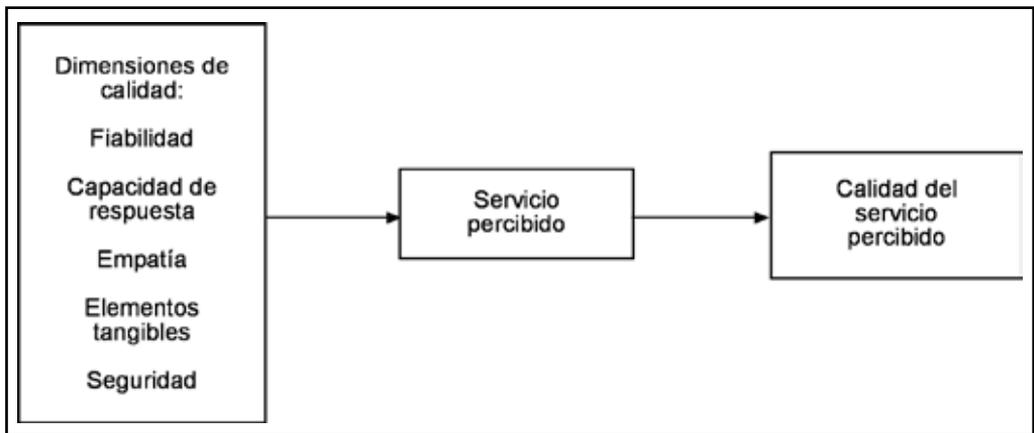
investigadores, debido a la metodología y sus propiedades psicométricas. Se cuestionan en el instrumento el uso del paradigma desconfirmatorio (Carman, 1990), la ambigüedad en la definición de las expectativas (Teas, 1993), la utilidad práctica y su poder explicatorio (Brown, Churchill y Peter, 1993), la exclusiva orientación al proceso (Cronin y Taylor, 1992 y 1994), la generalidad de las dimensiones de la escala (Babakus y Mangold, 1992) y su validez (Buttle, 1996; Babakus y Boller, 1992).

La segunda aproximación a la medición de la calidad del servicio considera únicamente las percepciones del consumidor (Cronin y Taylor, 1992). Autores como McDougall y Levesque (1994) creen ineficiente e innecesario incluir las expectativas en un instrumento para medir calidad del servicio. Sustentan su afirmación en el hecho de que las personas tienden de forma consistente a indicar muchas expectativas, mientras sus

percepciones raramente logran excederlas (Babakus y Mangold, 1992). Esta es la principal razón que lleva a Cronin y Taylor (1992) a desarrollar la escala SERVPERF como alternativa para medir la calidad del servicio.

De acuerdo con Cronin y Taylor (1992), el modelo SERVPERF, basado únicamente en el desempeño del proveedor en el encuentro de servicios, es la mejor alternativa para medir la calidad del servicio (Gráfico 3). El instrumento se desarrolló a partir de los 22 ítems dedicados a evaluar la percepción en el modelo SERVQUAL de Parasuraman et al. (1985 y 1988). Su fortaleza radica en que explica mejor la varianza total en la medida de la calidad del servicio; además, posee mejores propiedades psicométricas, en términos de validez de *constructo* y eficacia operacional (Cronin y Taylor, 1992 y 1994; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1994).

Gráfico 3
Modelo SERVPERF de calidad del servicio

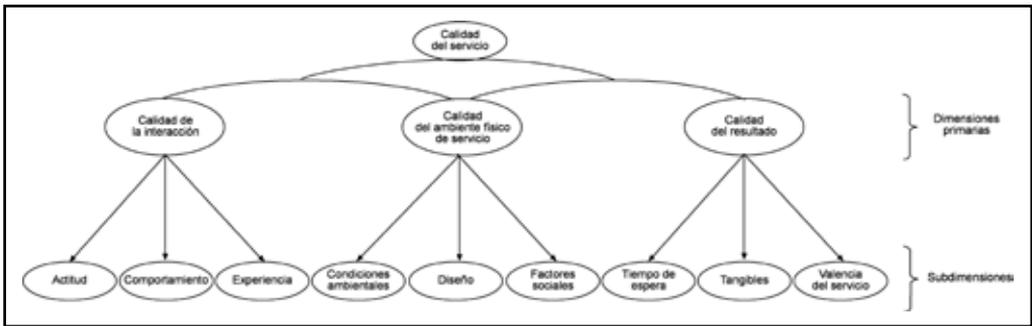


Fuente: elaboración propia a partir de Parasuraman et al. (1985 y 1993) y Cronin y Taylor (1992 y 1994).

Una alternativa diferente en la operacionalización y medición de la calidad del servicio es la de Brady y Cronin (2001), quienes proponen una estructura multidimensional y jerárquica de tercer orden para explicar este *constructo* (Gráfico 4). Según este enfoque, la calidad en

una experiencia de servicio está determinada por tres dimensiones directas: la calidad de la interacción, el ambiente de servicio y el resultado de la transacción. Paralelamente, cada una de estas dimensiones está compuesta por grupos específicos de atributos⁹.

Gráfico 4
Modelo jerárquico y multidimensional de la calidad del servicio



Fuente: elaboración propia a partir de Brady y Cronin (2001, p. 43).

En este modelo, el cliente de forma agregada evalúa las subdimensiones para generar sus percepciones sobre el desempeño de la organización en cada uno de los tres determinantes primarios. La suma de esas percepciones conduce a una percepción global de la calidad del servicio. En otras palabras, los clientes forman sus percepciones de la calidad del servicio sobre la base de la evaluación de desempeño de múltiples niveles, y al final combinan esas evaluaciones para llegar a una percepción global de la calidad del servicio (Brady y Cronin, 2001).

2.3.1 Evaluación y medición de la calidad en servicios de salud

De forma general, los servicios de salud se conceptualizan bajo la consideración de aspectos internos, sin atender ni comprender el punto de vista de los pacientes acerca del servicio que se les presta. Por tratarse de una necesidad que requiere certificación

⁹ La calidad de la interacción está constituida por la actitud, la conducta y la experiencia/conocimiento del personal de servicio. El ambiente de servicio lo determinan las condiciones ambientales, el diseño y los factores sociales. Finalmente, la calidad del resultado está influida por el tiempo de espera, los elementos tangibles y la valencia del servicio, que es el atributo que controla si el cliente cree que el resultado es bueno o malo, más allá de la evaluación de cualquier otro aspecto de la experiencia.

por parte de personal especializado, la sola valoración del individuo es insuficiente para corroborar la existencia de una patología, ya que sólo el dictamen profesional determina la necesidad de curación, rehabilitación o mejora. Esto relega a un segundo plano el punto de vista del paciente.

El debate que genera la evaluación de la calidad de los servicios de salud gira principalmente alrededor de dos cuestiones: quién evalúa la calidad y bajo qué criterios se realiza este proceso. Históricamente, el establecimiento de normas para la evaluación ha sido responsabilidad del personal médico, pero en la actualidad la perspectiva del paciente aparece como un indicador significativo de la calidad del servicio en el área de la salud, y puede representar la perspectiva más importante (Peyrot, Cooper y Schnapf, 1993; O'Connor, Shewchuk y Carney, 1994).

Una de las aproximaciones de mayor uso para evaluar y medir la calidad del servicio en salud es la propuesta por Donabedian (1980 y 1988) en el modelo estructura-proceso-resultado. En este esquema la estructura se refiere al conocimiento, a la habilidad y a los recursos del proveedor de servicios para diagnosticar y tratar apropiadamente las condiciones de salud del paciente. El proceso se refiere al diagnóstico y la aplicación apropiada de las intervenciones terapéuticas, mientras los resultados evalúan si los recursos profesionales y técnicos producen los efectos que se esperan en términos de salud o bienestar en el paciente.

Esta óptica considera la calidad del servicio básicamente desde un enfoque técnico, y su medición y evaluación es competencia de

los profesionales de la salud. Esta postura se justifica por la naturaleza diferente de las organizaciones dedicadas a prestar servicios de salud, por el tipo de educación y entrenamiento que reciben sus profesionales, así como a las potencialmente fatales e irrevocables consecuencias que se derivan de la mala calidad en la prestación del servicio (Lee, Delene, Bunda y Kim, 2000): empeoramiento de las condiciones iniciales del paciente o la pérdida de la vida.

A pesar de los argumentos anteriores, las investigaciones muestran que la calidad técnica se queda corta en cuanto a su utilidad real para medir y describir cómo los pacientes evalúan la calidad del servicio en el contexto de la salud (Bowers et al., 1994). Esto fundamenta la necesidad de realizar mediciones enfocadas en la perspectiva de los pacientes (calidad funcional), aunque ellos no posean los conocimientos para evaluar efectivamente la calidad de los diagnósticos y los procesos de intervención terapéutica a los que se someten (Lam, 1997).

La inhabilidad de los pacientes para juzgar la calidad técnica de los servicios de salud hace que su evaluación se fundamente en diversos aspectos de la relación interpersonal, el desempeño funcional del proveedor y los factores ambientales que rodean la prestación del servicio. Durante el proceso de servicio, la calidad funcional producida y sentida por el paciente es la variable más importante que incide en sus percepciones sobre la calidad recibida (Lam, 1997).

De acuerdo con este razonamiento, la evaluación de la calidad del servicio en salud debe realizarse aun a partir de criterios subjetivos, los cuales posteriormente se pueden usar y

trasladar a parámetros objetivos de desempeño. No importa si el paciente está en lo correcto o equivocado en su evaluación, lo realmente válido es cómo siente y percibe la experiencia de servicio (Petersen, 1988), ya que su juicio sobre calidad es el único significativo.

El desarrollo de la escala SERVQUAL, por parte de Parasuraman et al. (1988), es una de las mayores contribuciones a la medición de la calidad funcional para un amplio rango de servicios, entre los cuales se cuenta la salud. Identificar las deficiencias en la calificación de una o más de las dimensiones propuestas por el modelo permite identificar problemas ocultos que interfieren en la prestación de una mejor calidad en el servicio.

A pesar de las críticas a este instrumento, la literatura sobre el tema reporta diversas investigaciones en el ámbito de la salud donde se someten a prueba las propiedades psicométricas de este modelo, con resultados diferentes. Entre estos trabajos se destacan Babakus y Mangold (1992); Finn y Lamb (1991); Bowers et al. (1994); Carman (1990 y 2000); Mangold y Babakus (1991); Reidenbach y Sandifer (1990); Duffy, Duffy y Kilbourne (2001); Wong (2002), y Wisniewski y Wisniewski (2005).

La revisión de estas investigaciones sugiere la inexistencia de un concepto y modelo únicos de la calidad del servicio en el ámbito de la salud que se refleje en una escala estándar de aplicación general. Aunque estos trabajos demuestran la multidimensionalidad del *constructo* de acuerdo con las dimensiones propuestas por Parasuraman et al. (1985 y 1988), aparece de forma recurrente la sugerencia

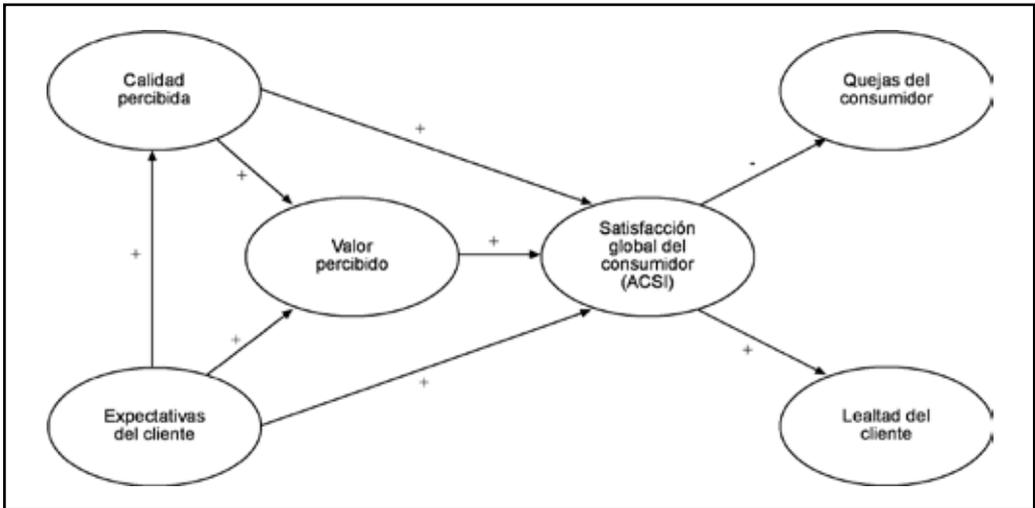
de revisar los atributos y dimensiones con el objetivo de adaptarlos al espacio y al servicio particular al cual se aplica la escala (Peter, Churchill y Brown, 1993).

Adicionalmente, en el ámbito internacional se han desarrollado diversos índices para medir la satisfacción de los consumidores, de los cuales el más reconocido es el sistema *American Customer Satisfaction Index* (ACSI), que mide la calidad de los bienes y servicios (incluida la salud) desde la perspectiva de sus consumidores (Fornell, Johnson, Anderson, Cha y Everitt, 1996). En el Gráfico 5 se presenta la estructura de este índice ACSI, que tiene tres determinantes.

El primero de ellos es la calidad percibida o el desempeño del proveedor, y constituye la evaluación del mercado de las recientes experiencias de consumo de los productos o servicios de una firma. El segundo antecedente en el modelo es el valor percibido (relación entre el precio pagado y la calidad recibida, y viceversa). En ACSI, a mayor calidad y valor percibidos, mayor satisfacción del cliente (Fornell et al., 1996). El tercer determinante son las expectativas del cliente, que representan una predicción acerca de la habilidad del proveedor de ofrecer calidad en el futuro, y su formación se fundamenta en la información que posee el cliente y en las experiencias previas de consumo (Fornell et al., 1996).

Las consecuencias de la satisfacción del cliente en el índice ACSI son una disminución de las quejas del consumidor y un incremento en su lealtad (Fornell y Wernerfelt, 1987). Cuando el cliente está insatisfecho, puede abandonar el proveedor o quejarse en un intento de obtener resarcimiento por los perjuicios

Gráfico 5
The American Customer Satisfaction Index (ACSI)



Fuente: tomado de Fornell et al. (1996).

recibidos. Un incremento en la satisfacción de los consumidores debe disminuir sus quejas e incrementar su lealtad (Fornell et al., 1996; Grigoroudis y Siskos, 2004).

El índice ACSI provee información que permite determinar el grado de satisfacción en cuatro ámbitos: nacional, del sector, de la industria y la calificación individual para una compañía u organización, y sus resultados son comparables entre sí (Fornell et al., 1996). Su aplicación en tiendas de salud y cuidado personal, seguridad en salud y hospitales en Estados Unidos durante 2006 generó una calificación de 78, 72 y 74 puntos respectivamente sobre 100, lo que muestra un crecimiento de 2,6%, 5,9% y 4,1% con respecto al año inmediatamente anterior, según el reporte ACSI de 2007.

Además de Estados Unidos, diversos países en el mundo han realizado esfuerzos impor-

tantes para desarrollar metodologías que permitan medir la satisfacción del cliente, entre los que sobresalen Suecia, Alemania, Unión Europea, Dinamarca, Austria, Francia, Taiwan, Nueva Zelanda, Corea del Sur y Malasia (Grigoroudis y Siskos, 2004).

2.3.2 Medición de la calidad en servicios de salud en Colombia

Desde los primeros estudios sobre la calidad de vida de los colombianos en la década de los sesenta, se han acopiado datos tendientes a determinar la situación de salud y el uso de la atención médica. Si bien estos trabajos no han indagado de forma directa en la calidad, sí permiten la obtención indirecta de indicios sobre sus problemas.

De forma más reciente, las encuestas de calidad de vida (ECV), adelantadas en 1997 y 2003, indagan sobre la calidad de los servi-

cios de salud. En estos trabajos se pregunta al usuario sobre lo que percibe acerca de la calidad y oportunidad en la prestación del servicio. De forma complementaria, buscan identificar los aspectos que mayor impacto tienen en la formación de sus percepciones, tomando elementos como la mala atención del personal, trámites excesivos, infraestructura deficiente, etc. (Velandia et al., 2005).

Por su parte la Superintendencia de Salud aplica una metodología de evaluación que busca mejores resultados en las intervenciones médicas y generar cultura de calidad dentro de los actores del sistema de salud. De igual forma, incorpora medidas de análisis de calidad de la prestación de los servicios en los tres aspectos planteados por Donabedian (1980): estructura, proceso y resultado. El desarrollo de este proceso se apoya en el trámite de quejas, sanciones y multas; pero en términos de mejoramiento real de la calidad y satisfacción de los usuarios, es poco efectivo, según la Superintendencia de Salud (2004).

En 2005, tras identificar una serie de quejas que refleja fallas sistemáticas en aspectos como acceso a la información, libre escogencia, oportunidad y satisfacción de los usuarios, la Defensoría del Pueblo diseña una encuesta que se aplicó a un número representativo de usuarios de todas las aseguradoras de salud que operan en el país. La encuesta arroja una calificación global para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de 67,69 sobre 100, valor que registra apenas el mínimo de aceptabilidad, no obstante el tiempo de operación del actual modelo de atención. Estos resultados son coherentes con los presentados por el Ministerio Público, recientemente.

El diseño metodológico de los trabajos que parten de las quejas recibidas de los usuarios de forma recurrente por los entes de control, e incluso las ECV, sesgan los resultados debido a que no incluyen las apreciaciones de las directivas de las instituciones ni del personal de servicio (médicos, enfermeras, higienistas, etc.). Estas metodologías, al igual que las desarrolladas internamente por las instituciones, desconocen los trabajos que al respecto se han desarrollado a escala mundial, y no pueden tomarse como modelo de evaluación validado científicamente que permita vigilar continuamente la situación, sin el cual es difícil avanzar en el mejoramiento de la calidad del servicio en salud en Colombia.

Conclusiones y perspectivas de investigación

1. Esta revisión a la literatura sobre el tema permite concluir que el enfoque de mercadotecnia, que vincula la perspectiva del consumidor en la definición y operacionalización de la calidad del servicio, es el de mayor aceptación entre administradores e investigadores en el mundo. Esto genera un reto importante para los directivos de las organizaciones de salud colombianas, ya que si bien es cierto que la percepción del paciente es importante, no se debe excluir de cualquier definición y estrategia de calidad la perspectiva técnica, médica y científica, ya que la complementariedad de estos enfoques permitirá avances significativos en términos de calidad de los servicios de salud en el país.
2. La constante aparición del modelo SERVQUAL en la evaluación de calidad en servicios de salud sugiere, al menos,

dos cuestiones importantes para empresarios, académicos e investigadores del sector de la salud en Colombia. En primer lugar, debido a que el paradigma de la desconfirmación es su principal fundamento, deben diseñarse mecanismos y estrategias de calidad que permitan obtener niveles positivos de desconfirmación entre las expectativas y las percepciones de servicio en los usuarios del sistema nacional de salud.

3. En segunda instancia, los resultados similares obtenidos en la aplicación de la escala ponen de manifiesto la necesidad de formular investigaciones que aborden perspectivas de estudio diferentes, como la propuesta en el instrumento SERV-PERF (Cronin y Taylor, 1992 y 1994) o el enfoque jerárquico y multidimensional (Brady y Cronin, 2001). Esta última aproximación empieza a aparecer en la literatura como una alternativa válida y fiable en la medición de la calidad del servicio en diversos contextos, lo que invita a gerentes e investigadores del sector de la salud a abordar esta nueva perspectiva en busca de conceptos e instrumentos válidos y apropiados para el entorno local.
4. La dificultad para generalizar las dimensiones de calidad del servicio que se obtienen en los diferentes trabajos teóricos y empíricos ponen en evidencia la necesidad de proponer investigaciones que combinen metodologías cualitativas y cuantitativas que se orienten a identificar y comprender los determinantes clave de la calidad del servicio en salud, toda vez que sólo el esclarecimiento de este aspecto posibilita el desarrollo de instrumentos de medida válidos y fiables

que conduzcan a mejorar su gestión por parte de los proveedores.

5. El desarrollo y aplicación de metodologías fiables de medición de calidad es crítico en países como Colombia, donde a pesar de la escasez de recursos, la legislación obliga de manera expresa a las instituciones del ramo a prestar servicios de máxima calidad atendiendo los principios de oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Mucho más urgente se torna este aspecto en nuestro contexto si se consideran los informes de la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia de Salud, el Ministerio de la Protección Social y los conceptos del Ministerio Público.
6. Estos trabajos, aunque importantes, no sugieren metodologías de análisis aplicables a la totalidad de las organizaciones dedicadas a prestar servicios de salud en todo el país, debido a las debilidades metodológicas expuestas en este trabajo. Sin embargo, es importante resaltar la necesidad de crear mecanismos de evaluación de la calidad que trasciendan un enfoque punitivo o de castigo, y en su lugar orientar los esfuerzos en medición y control de calidad hacia procesos de mejora continua, que necesariamente deben vincular la perspectiva de los usuarios de los servicios.

Lista de referencias

- Agudelo, H. B. (2006). *Encuesta poblacional de salud condiciones de vida y demanda en salud municipio de envigado*. Recuperado el 7 de septiembre de 2007, de http://guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Pagina_Web_EPS/problemas_salud.html

- Arredondo, A. y Recaman, A. L. (2002). Oferta vs. demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 20, 42-47.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53 (5), 941-973
- Babakus, E. and Boller, G. W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24, 253-268.
- Babakus, E. and Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26, 767-786.
- Baldwin, A. and Sohal, A. (2003). Service quality factors and outcomes in dental care. *Managing Service Quality*, 13 (3), 207-216.
- Bopp, K. D. (1990). How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: a marketing perspective. *Journal of Health Care Marketing*, 19 (1), 6-15.
- Bowers, M. R., Swan, J. E. and Koehler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health Care Management Review*, 19 (4), 49-55.
- Brady, M. K. and Cronin, J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65 (3), 34-49.
- Brown, T. J., Churchill, G. A. and Peter, J. P. (1993). Improving the measurement of service quality. *Journal of Retailing*, 69 (1), 127-139.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1), 8-32.
- Cardona, J., Hernández, A. y Yepes, F. (2005). La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: ¿avances reales? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (9), 81-99.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 66 (1), 33-55.
- (2000). Patient perceptions of service quality: Combining the dimensions. *Journal of Management in Medicine*, 14 (5/6), 339-356.
- Castaño, R. A. (2005). Estado, mercado y análisis económico: ¿complementarios o sustitutos? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (8), 79-90.
- Chowdary, N. and Prakash, M. (2005). Service quality: Revisiting the two factors theory. *Journal of Services Research*, 5 (1), 61-75.
- Churchill, G. A. Jr. and Suprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19, 491-504.
- Coddington, D. C. and Moore, K. D. (1987). *Market strategies in health care*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado el 18 de diciembre de 2006, de http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0100_93.HTM
- Corella, J. M. (1998). *Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud*. Navarra:

- Gobierno de Navarra Departamento de Salud-Gráficas Ona.
- Cronin, J. and Taylor, S. (1992). Measuring service quality: A re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56 (3), 55-68.
- (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58 (1), 125-131.
- Dean, A. M. (1999). The applicability of SERVQUAL in different health care environments. *Health Marketing Quarterly*, 16(3), 1-21.
- Defensoría del Pueblo de Colombia (2005). *Evaluación de los servicios de salud que prestan las empresas promotoras de salud*. Recuperado el 20 de noviembre de 2006, de http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_112.pdf
- Dinero.com* (2007, abril 20). Salud a rayos-X. Recuperado de http://www.dinero.com/wf_InfoArticulo.aspx?IdArt=33244
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.
- Donnelly, M. and Wisniewski, M. (1996). Measuring service quality in the public sector: the potential for SERVQUAL. *Total Quality Management*, Vol. 7 (4), 357 – 365.
- Duffy, J. A., Duffy, M. and Kilbourne, W. E. (2001). A comparative study of resident, family, and administrator expectations for service quality. *Health Care Management Review*, 26 (3), 75-85.
- Ekinci, Y. (2001). The validation of the generic service quality dimensions: An alternative approach. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 8 (6), 311-324.
- Finn, D. W. and Lamb, C. W. (1991). An evaluation of the SERVQUAL scale in retail setting. In R. H. Holman y M. S. Solomon (Eds.), *Advances in consumer research* (vol. 18, pp. 483-490). Provo, UT: Association for Consumer Research.
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J. and Everitt, B. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, purpose and findings. *Journal of Marketing*, 60, 7-18.
- Fornell, C. and Wernerfelt, B. (1987). Defensive marketing strategy by consumer complaint management: A theoretical analysis. *Journal of Marketing Research*, 24, 337-346.
- Gil, I. (1995). *La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta*. Madrid: Puzzle.
- Grier, S. and Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health*, 26, 319-339.
- Grigoroudis, E. and Siskos, Y. (2004). A survey of customer satisfaction barometers: Some results from the transportation-communications sector. *European Journal of Operational Research*, 152 (2), 334-353.
- Grönroos, C. (1978). A service-oriented approach to marketing of services. *European Journal of Marketing*, 12 (8), 588-601.

- Grönroos, C. (1982). An applied service marketing theory. *European Journal of Marketing*, 16 (7), 30-41.
- (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18, 36-44.
- (1988). The perceived service quality concept a mistake? *Managing Service Quality*, 11 (3), 150-152.
- (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Madrid: Díaz de Santos.
- Guru, C. (2003). Tailoring e-service quality through CRM. *Managing Service Quality*, 13 (6), 520-531.
- Guzmán, M. P. (2005). Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (8), 65-78.
- Iñiguez, A. (2005). *Economía de la salud*. Recuperado el 8 de septiembre de 2007, de http://www.webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.htm
- Johnston, R. (1995). The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers. *International Journal of Service Industry Management*, 6 (5), 53-71.
- Jun, M., Peterson, R. and Zsidisin, G. (1998). The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Management Review*, 23 (4), 81-96.
- Kerr, M. and Trantow, D. J. (1969). Defining, measuring and assessing the quality of health services. *Public Health Reports*, 84 (5), 415-424.
- Kilbourne, W. E., Duffy, J. A., Duffy, M. and Giarchi, G. (2004). The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *Journal of Services Marketing*, 18 (7), 524-533.
- Lam, S. K. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8 (4), 145-152.
- Lee, H., Delene, L. M., Bunda, A. and Kim C. (2000). Methods of measuring health-care service quality. *Journal of Business Research*, 48 (3), 233-246.
- Levitt, T. (1972). Production-line approach to service. *Harvard Business Review*, 50 (5), 20-31.
- Lin, W-B. (2007). An empirical of service quality model from the viewpoint of management. *Expert Systems with Applications*, 32 (2), 364-375.
- Mangold, W. G. and Babakus, E. (1991). Service quality: The front-stage vs. back-stage perspective. *Journal of Services Marketing*, 5, 59-70.
- Martínez, C. L. and Martínez, G. J. (2007). Measuring perceived service quality in urgent transport service. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 14 (1), 60-72.
- McDougall, G. H. and Levesque, T. J. (1994). A revised view of service quality dimensions: An empirical investigation. *Journal of Professional Service Marketing*, 11 (1), 189-209.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006). Decreto 1106 de 2006. Recuperado el 20

- de noviembre de 2006, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15355DocumentNo2509.PDF>
- O'Connor, S. J., Shewchuk, R. M. and Carney, L. W. (1994). The great gap. *Journal of Health Care Marketing*, 14(2), 32-39.
- Oliver, R. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17 (4), 460-469.
- Palihawadana, D. and Barnes, B. (2004). The measurement and management of service quality in dental health care. *Health Service Management Research*, 17 (4), 22-236.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4), 41-50.
- (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-37.
- (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*, 32 (3), 39-48.
- (1993). *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.
- (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications. *Journal of Marketing*, 58 (1), 111-124.
- Peter, J. P., Churchill, G. A., and Brown, T. J. (1993). Caution in the use of difference scores in consumer research. *Journal of Consumer Research*, 19 (1), 655-662.
- Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2 (3), 25-35.
- Peyrot, M., Cooper, P. D. and Schnapf, D. (1993). Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *Journal of Health Care Marketing*, 13 (1), 24-33.
- Procuraduría General de la Nación (2007). Frenar trato indigno a usuarios de EPS, exige Procuraduría al Gobierno Nacional. *Boletín 087*. Recuperado el 25 de marzo de 2007, de http://www.procuraduria.gov.co/html/noticias_2007/noticias_087.htm
- Reidenbach, E. and Sandifer, S. B. (1990). Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*, 10 (4), 47-55.
- Restrepo, J. H. (2004). ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 3 (6), 8-34. Recuperado el 25 de octubre de 2007, de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-6/Espacio-Abierto-1.pdf>
- Roldán, P., Vargas, R. P., Giraldo, C. P., Valencia, G. E., García, C. L. y Salamanca, L. M. (2001). Evaluación de la calidad en la atención en salud: un estudio de caso. *Revista Colombia Médica*, 32 (1), 14-18.
- Rothschild, M. L. (1999). Carrots, sticks, and promises: A Conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. *Journal of Marketing*, 63 (4), 24-37.

- Rust, R. T. and Oliver, R. L. (1994). Service quality insights and managerial implications from the frontier. In R. T. Rust and R. L. Oliver (Eds.), *Service quality new directions in theory and practice* (pp. 1-19). Beverly Hills: Sage.
- Shostack, G. L. (1977). Breaking free from product marketing. *Journal of Marketing*, 41 (2), 73-80.
- Sirohi, N., Mc Laughlin, E. W. and Wittink, D. R. (1998). A model of consumer perceptions and store loyalty intentions for a supermarket retailer. *Journal of Retailing*, 74 (2), 223-245.
- Superintendencia de Servicios de Salud (2004). *Calidad en la prestación de los servicios de salud*. Recuperado el 15 de septiembre de 2005, de <http://www.supersalud.gov.co/calidad.asp>
- Swan, J. E. and Combs, L. J. (1976). Product performance and consumer satisfaction: A new concept. *Journal of Marketing*, 40 (2), 25-33.
- Swartz, T. and Brown, S. W. (1989). Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. *Journal of the Academy of Marketing Sciences*, 17 (2), 189-195.
- Teas, R. K. (1993). Expectations, performance, evaluation, and consumers' perceptions of quality. *Journal of Marketing*, 57 (4), 18-34.
- The American Customer Satisfaction Index (2007). *Scores by industries*. Recuperado de http://www.theacsi.org/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=33.
- Vandamme, R. and Leunis, J. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4 (3), 30-40.
- Velandia, F., Ardón, N., Cardona, J. M. y Jara, M. I. (2005). Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (8), 116-148.
- Velandia, F., Ardón, N., Cardona, J. M., Jara, M. I., y Pérez, N. (2001). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. *Revista Colombia Médica*, 32 (1), 4-9.
- Wisniewski, M. and Wisniewski, H. (2005). Measuring service quality in a hospital colonoscopy clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (3), 217-218.
- Wong, J. C. H. (2002). Service quality measurement in medical imaging department. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15 (5), 206-212.
- Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52 (3), 2-22.