

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DEL SERVICIO EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ

JANNY EDINSON CÓRDOBA RODRÍGUEZ

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas
Maestría en Administración
Bogotá, Colombia
2014

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DEL SERVICIO EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ

JANNY EDINSON CÓRDOBA RODRÍGUEZ

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Administración

Director
Edison Jair Duque Oliva, PhD.

Línea de Investigación:
Marketing
Grupo de Investigación:
Grupo de investigación en gestión de organizaciones - GRIEGO

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas
Maestría en Administración
Bogotá, Colombia
2014

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado la existencia, sabiduría y oportunidad de estudiar.

Al profesor **EDISON JAIR DUQUE OLIVA**, por su inmenso esfuerzo y aporte al desarrollo de mi trabajo de Grado.

A mi Padres: **MANUELA RODRÍGUEZ DE CÓRDOBA** (Q.E.P.D.) y **CLODOMIRO CÓRDOBA ROBLEDO** (Q. E. P. D.), por su inmenso esfuerzo en mi proceso educativo y formativo, elevo plegarias al Señor para que me los proteja en su vida espiritual.

A mi hijo **ALBER ALEXANDER CÓRDOBA PALACIOS**, mi esposa **ZULIA PALACIOS MURILLO**. Por su inmenso apoyo.

A todas mis hermanas por su colaboración e interés en mi proceso educativo y personal.

A todos los compañeros de la Maestría en Administración de la Universidad Nacional de Colombia, por su colaboración y acompañamiento.

A los profesores del programa de Maestría en Administración de la Universidad Nacional de Colombia, por haberme regalado sus inmensos conocimientos.

RESUMEN

Este trabajo describe el desarrollo de la construcción de un instrumento basado en la disciplina del Marketing de Servicios, usado para medir la percepción de la calidad del servicio de salud en centros asistenciales del Departamento del Chocó.

Este documento se divide en cuatro secciones: La primera sección se centra en la conceptualización de la calidad percibida del servicio, Escalas de medición de la calidad del servicio y la calidad del servicio en salud, la segunda sección se refiere a la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación.

La tercera sección se ocupa del análisis de la escala y los resultados obtenidos, donde se presentan las evidencias de la fiabilidad y validez de constructo del instrumento propuesto para la medición, que fue aplicado a los usuarios que reciben servicios en: El Hospital Departamental San Francisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó, Clínica de Caprecom IPS, Clínica Vida y Clínica de Comfachocó.

Finalmente se presenta un análisis de datos y resultados y se concluye con algunas reflexiones, que permitan ser punto de referencia, para futuros trabajos y líneas de investigación sobre este tema.

Los resultados obtenidos revelan unos adecuados índices de validez y fiabilidad de la investigación.

PALABRAS CLAVES: Calidad del servicio, escalas de medición de la calidad del servicio, percepción, centros asistenciales.

Multidisciplinarias: 1) LEMB - Listas de Encabezamientos de Materia y 2) LCSH- Library of Congress Subject Headings.

ABSTRACT

This paper describes the development of the construction of an instrument based on the discipline of Marketing Services, used to measure the perception of service quality in health care facilities of the Department of Chocó.

This document is divided into four sections: The first section focuses on conceptualizing perceived service quality, scales measuring quality of service and health service quality, the second section refers to the methodology used for the research development.

The third section deals with the analysis of the scale and the results obtained, which presents evidence of reliability and construct validity of the proposed instrument for the measurement, which was applied to users who receive services in: El Hospital Departamental San Francisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldán Valencia de Quibdó, Clínica de Caprecom IPS, Clínica Vida y Clínica de Comfachocó. El Hospital Departamental San Francisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó, Clínica de Caprecom IPS, Clínica Vida y Clínica de Comfachocó.

Finally we present an analysis of data and results and concludes with some reflections, which allow them to be reference point for future work and lines of research on this topic. Finally we present an analysis of data and results and conclude with some reflections, which allow them to be reference point for future work and lines of research on this topic.

The results show a suitable indices of validity and reliability of research.

KEY WORDS: Quality of service, scales measuring service quality, perception, care centers.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	VII
ABSTRACT	IX
LISTA DE TABLAS	XIII
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	7
1.1 Conceptualización de la calidad del servicio	7
1.2 Escalas de medición de la calidad del servicio.....	16
1.3 La calidad del servicio en salud	29
2. METODOLOGÍA	39
2.1 Selección, adaptación y aplicación del instrumento	41
2.1.1 Selección del instrumento	41
3. DESARROLLO DEL TRABAJO	47
3.1 Generar muestras de ítems.....	47
3.1.1 Elaboración del cuestionario para recolección de datos	47
3.1.2 Diseño de la población y muestra	48
3.1.3 Recolección de datos	50
3.1.4 Análisis de datos y resultados.....	51
4. CONCLUSIONES	87
5. RECOMENDACIONES Y REFLEXIONES	94
ANEXO A: ENCUESTA PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL CHOCÓ	95
ANEXO B: INSTRUMENTO ORIGINAL	96
6. BIBLIOGRAFÍA	97

LISTA DE FIGURAS

Figuras 1: Modelo SERVQUAL.	21
----------------------------------	----

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Resumen Cronológico de los más Relevantes Aportes sobre la Medición de la Calidad del Servicio.....	15
Tabla 2: Metodología para la Construcción del Instrumento de Medida	45
Tabla 3: Población para la investigación: Participación de los centros asistenciales en la atención a los usuarios en Quibdó.	49
Tabla 4. Ficha Técnica de la Investigación	50
Tabla 5. Cálculos Alpha de Cronbach – Escala Total.....	51
Tabla 6. Características de la muestra (n=400).....	52
Tabla 7. Distribución de edades.....	53
Tabla 8. Grupos etareos por dimensión: Seguridad	54
Tabla 9. Grupos etareos por dimensión: Fiabilidad	54
Tabla 10. Grupos etareos por dimensión: Empatía	55
Tabla 11. Grupos etareos por dimensión: Tangibilidad	55
Tabla 12. Grupos etareos por dimensión: capacidad de respuesta	56
Tabla 13. Comunalidades.....	64
Tabla 14. Varianza total explicada	65
Tabla 15. Matriz de Componentes	65
Tabla 16: Estadísticos de Fiabilidad.....	66
Tabla 17: Estadísticos total-elemento	67
Tabla 18: Comunalidades.....	68
Tabla 19: Varianza Total explicada	69
Tabla 20: Matriz de Componentes	69
Tabla 21: Estadísticos de Fiabilidad.....	70
Tabla 22: Estadísticos total – elemento	70
Tabla 23: Comunalidades.....	71
Tabla 24: Varianza total explicada	72
Tabla 25: Matriz de Componentes	72
Tabla 26: Estadísticos de fiabilidad.....	72
Tabla 27: Estadísticos total – elemento	73
Tabla 28: Comunalidades.....	74
Tabla 29: Varianza total explicada	74
Tabla 30: Matriz de Componentes	75
Tabla 31: Estadísticos de fiabilidad.....	75
Tabla 32: Estadísticos total-elemento	76

Tabla 33: Comunalidades.....	76
Tabla 34: Varianza total explicada	77
Tabla 35: Matriz de componentes	77
Tabla 36: Estadísticos de Fiabilidad.....	78
Tabla 37: Estadísticos total – elemento	78
Tabla 38: Comunalidades.....	79
Tabla 39: Cálculo de la varianza extraída y de la fiabilidad compuesta – escala original	80
Tabla 40: Análisis confirmatorio de la Validez Convergente	81
Tabla 41: Test de la varianza extraída para la validez discriminante	82
Tabla 42: Correlaciones.....	84

INTRODUCCIÓN

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.

En las últimas décadas los servicios de salud se ven inmersos, como cualquier organización, en el modelo vigente de Gestión de Calidad Total (GCT, en inglés TQM). Este modelo se centra en satisfacer las expectativas del cliente y tiene como finalidad la búsqueda de la mejora continua, una alta competitividad y la satisfacción tanto del cliente externo como interno. Para ayudar a las organizaciones a conocerse y mejorar su funcionamiento, se ha desarrollado, entre otros, el modelo de Excelencia European Foundation for Quality management (EFQM), modelo de autoevaluación con criterios que permiten analizar personas, procesos y resultados de la organización. Entre los criterios de resultados está la percepción que los clientes tienen de la calidad de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos:

Calidad en salud no significa atención exclusiva o sofisticada, pero si está relacionada con la satisfacción total de necesidades de aquellos que más necesitan el

servicio, al menor costo de la organización y dentro de los límites fijados por las autoridades superiores. (Ramos M., et al., 2004).

Este estudio se realiza con los objetivos de explorar la fiabilidad y validez del cuestionario adaptado SERVPERF, en el ámbito de la atención en salud y obtener una medida de la calidad desde la perspectiva de los pacientes atendidos en los centros asistenciales del departamento del Chocó.

La adopción de la perspectiva del cliente a la hora de definir la calidad de servicio introduce el concepto de percepción, lo que supone considerar que el cliente es el único que puede determinar si un servicio es o no de calidad.

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 de salud, 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. Díaz, Rocío, (2005), "Metodológicamente la escala SERVPERF, aporta mejoras sobre la escala SERVQUAL, porque reduce el

número de ítems a la mitad y se encontró que es un instrumento más adecuado para explicar la calidad global de un servicio” (p. 36).

Es una investigación de tipo empírico analítico, donde se parte de la problematización de la salud en el Chocó, y se plantea una evaluación empírica en dicho contexto, para su desarrollo se tuvo en cuenta el proceso metodológico de Quivy y Campenhoudt, (Manual de Investigación en Ciencias Sociales); que tiene 3 tres etapas del procedimiento y siete fases para llevar a cabo una investigación, estas son: la ruptura; Está compuesta por; la pregunta inicial de investigación y la exploración (las entrevistas exploratorias). La Estructuración y la comprobación; está conformada por; la observación, el análisis de la información y las conclusiones.

Como herramientas metodológicas, se partió de la consulta bibliográfica para determinar los modelos específicos, que aplicarían a la situación problemática, posteriormente se determinó una escala de medición previamente probada para aplicar al contexto del Chocó y se desarrolló su aplicación, haciendo su respectivo análisis de fiabilidad y validez.

La metodología se centró en consultas a los usuarios de los centros asistenciales del departamento del Chocó: Hospital Departamental Sanfrancisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó, Clínica Comfachocó y Clínica Vida y técnicas de recolección de fuentes secundarias en internet, libros, revistas, journals, documentos académicos, tesis de maestrías y de Doctorados.

Nuestro estudio, es un estudio de la calidad percibida por el usuario que recibe servicios de salud en los centros asistenciales del departamento del Chocó.

Descubrir la percepción que el usuario tiene sobre la calidad del servicio de salud, permitirá tomar correctivos para mejorar, crear un óptimo posicionamiento y lograr una mayor diferenciación.

A través de este trabajo se pretende hacer un aporte a la administración de servicios de salud, construyendo un instrumento de medida, con validez y fiabilidad empírica que permita medir la calidad percibida del servicio de salud y a la vez develar los atributos que para los usuarios son importantes a la hora de definirla, con el fin de lograr un mejoramiento continuo de este servicio, al estructurar especificaciones que ayuden al diseño del servicio orientado al cliente.

La principal limitación en este estudio, es que al hacer la revisión bibliográfica, no se consiguieron trabajos académicos realizados en el contexto del Chocó, lo cual dificultó la consecución de información básica para el desarrollo del trabajo de grado.

Este documento se divide en cuatro secciones: La primera sección se centra en la conceptualización de la calidad percibida del servicio, Escalas de medición de la calidad del servicio, la calidad del servicio en salud, la segunda sección se refiere a la metodología utilizada para el desarrollo del trabajo.

La tercera sección se ocupa del análisis de la escala y los resultados obtenidos, y terminando en la cuarta sección en las conclusiones y reflexiones.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptualización de la calidad del servicio

Cualquier producto, servicio o bien, se compone de uno o más atributos que la caracterizan; todos esos atributos o propiedades que permiten al consumidor para asignar valor a ese producto es considerado como su calidad. El área más estudiada en servicios de marketing hasta la fecha es la calidad del servicio. Duque y Mercado, (2012), “El interés en la calidad de servicio paralela a la atención a la calidad, la gestión de la calidad total y la satisfacción en los negocios. (Fisk, et al., 1993, p. 77)”: (p.6).

La calidad de un bien o servicio está constituida por todos los atributos o propiedades que lo conforman y que le otorgan valor. La calidad de los productos puede ser fácilmente medible, pero no así la calidad de los servicios debido a sus características de intangibilidad, inseparabilidad, heterogeneidad y caducidad (Kotler, 1997; Parasuraman et al., 1985; Lovelock, 1983; Grönroos, 1978, 1984). (Duque y Chaparro, 2012, p. 164).

Diferentes autores plantean lo que es un servicio; Para Fisher y Navarro, (1994, p. 185); un servicio es un tipo de bien económico, constituye lo que denominan el sector terciario, todo el que trabaja y no produce bienes se supone, que produce servicios. Para Colunga (1995, p. 25), es el trabajo realizado para otras personas. (Duque y Chaparro, 2012, P. 164).

Duque, (2005), La literatura académica menciona que existe una calidad objetiva y una calidad subjetiva, para Vásquez et al (1.996), la calidad objetiva es una visión interna de la calidad con un enfoque neto en la producción y que busca eficiencia; y la calidad subjetiva es una visión externa conseguida con la determinación y cumplimiento de las necesidades, deseos y expectativas de los clientes.

El diccionario de la real academia Española, define el servicio, como acción y efecto de servir, como servicio doméstico e incluso como conjunto de criados o sirvientes en términos más aplicados, servicio es definido como, Duque, (2005), “es el conjunto de actividades, beneficios o satisfactores que se ofrecen para su venta o que se suministran en relación con las ventas (Fisher y Navarro, 1994, P. 175)”. (p. 64).

Duque, (2005) Es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico (Kotler, 1997, p. 656). (p. 2). (p. 64).

Duque y Chaparro, (2012), Servicio es entonces entendido como el trabajo, la actividad y/o los beneficios que produce satisfacción a un consumidor.

La calidad dentro de los servicios está supeditada a la calidad percibida, que es subjetiva, y que se entiende como Zeithaml, (1998), “el juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto” (p. 3); aplicada al servicio sería un juicio Global, o actividad relacionada con la superioridad del servicio (Parasuraman et al., 1998, p. 16). Grönroos, (1994, p. 37), agrega que la propia intangibilidad de los servicios hace que estos sean percibidos de manera subjetiva. Parasuraman et al (1985), anota que las percepciones son la medida que más se ajusta al análisis, toda vez que no existen medidas objetivas. En síntesis, la calidad percibida de los servicios se considera la mejor manera de conceptualizar y medir la calidad del servicio. (p. 164).

Duque y Chaparro, (2012), “La calidad del servicio, como lo describen; Lehtinen y Lehtinen (1982), se produce en la interacción entre un cliente y los elementos de la organización prestadora del servicio”. (p. 164, 165).

Colmenares y Saavedra, (2007), Dentro de los círculos académicos de la calidad del servicio, se ha definido como:

El ajuste del servicio entregado a los consumidores con sus expectativas. Es una medida de que también el nivel del servicio entregado encaja con las expectativas del consumidor (Lewis y Booms, 1983).

Grönroos, (1994, 1998). “Depende de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido”.

Los juicios de satisfacción son el resultado de la diferencia percibida por el consumidor entre sus expectativas y la percepción del resultado (Rust y Oliver, 1994).

Para Pujol (1999), la calidad en un producto o marca “es el conjunto de los requisitos técnicos y psicológicos que debe reunir para cumplir con el papel satisfactorio en el mercado” (p. 34). Cabe destacar que la calidad en la actualidad también se percibe en el precio y los canales de distribución escogidos.

Al respecto Fegenbaun (1994), define la calidad como la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio respecto de su capacidad para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas. La calidad está basada en la experiencia real del cliente con el producto o servicio, medida contra sus requisitos definidos o tácitos consientes o solo percibidos u operacionales técnicamente o por completo subjetivos y siempre representa un objetivo móvil en el mercado competitivo.

Bitner y Gubert (1994), consideran la calidad percibida como un controvertido concepto en la literatura de marketing de servicios, y se identifica con un juicio personal y subjetivo que el consumidor emite sobre la excelencia o superioridad de un servicio o

compañía. Es una forma de actitud formada a partir de evaluaciones cognitivas y afectivas del individuo en su relación con la organización.

Con frecuencia, señalan Schiffman y Lazar (2001), los consumidores juzgan la calidad de un producto o servicio tomando como base las diferentes señales de información que han llegado a asociar con dicho producto. Algunas de esas señales se refieren a características intrínsecas del producto o servicio mismo (color, tamaño, sabor, aroma, decoración, ambiente, atención). (p. 3.)

Barrera y Rodríguez, (2007). “Otras son de carácter extrínseco (precio, publicidad, entorno cultural). Por si solas o en combinación, esas señales proporcionan la base para las percepciones de la calidad de productos y servicios”. En la literatura del marketing, podríamos clasificar dos perspectivas de la calidad de los servicios, una desde la percepción del cliente y otra desde la perspectiva de las expectativas de los clientes, destacamos lo siguiente:

Enfoque de la percepción del cliente: Zeithaml, (1987). Un servicio de alta calidad es el que satisface al cliente en una situación dada Eiglier y Langeard, (1989). La sentencia cliente global sobre excelencia en el servicio o superioridad (Casino, 1999). Enfoque de las expectativas y percepciones de los clientes: Comparación de las expectativas de los clientes con el resultado real del servicio percibido (Parasuraman et al, 1985). Es el resultado de comparar las expectativas y percepciones (Zeithaml,

1992). Resultado de la diferencia de consumo que se percibe entre sus expectativas y la percepción de los resultados (Rust y Oliver, 1994).

La calidad percibida del servicio, es la opinión de los consumidores acerca de la superioridad de una entidad o excelencia global (Zeithaml, 1987). Parasuraman et, al. (1988), contrastando la calidad percibida con la calidad objetiva, señalan que los investigadores (Garvín, 1993; Dodds y Monroe, 1984; Holbrook y Corfman, 1985; 1985; Zeithaml, 1987) han puesto de relieve la diferencia entre la calidad objetiva y calidad percibida. (Duque y Mercado, 2012. p. 8).

Duque y Mercado, (2012). El consumidor de juicio acerca de la excelencia global de la entidad o de superioridad. Zeithaml, 1987. (p. 7).

En su trabajo posterior Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), reducen los 10 determinantes de las diferencias de la calidad del servicio en 5 dimensiones:

- Fiabilidad: La habilidad para desempeñar el servicio prometido de manera precisa y fiable.
- Garantía: El conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para expresar confianza.
- Tangibilidad: La apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y dispositivos de comunicaciones.
- Empatía: La capacidad de sentir y comprender las emociones de otros, mediante un proceso de identificación, atención individualizada al cliente.
- Sensibilidad: La buena disposición y apoyo al cliente, dotándole de un servicio oportuno.

Concluyen; que los factores encontrados que son determinantes en la calidad del servicio, principalmente implican comunicación y procesos de control. Que deben ser analizados a través de datos cuantitativos de estudios exploratorios. Duarte, José (1989). p. 6.

Existen en este ámbito, distintas escuelas de investigación como las señaladas por Dávila, que son las siguientes:

- Modelo de Calidad Industrial: Juran (1988), Deming (1986), Ishikawa (1985), Priece y Chen (1993), para los cuáles la calidad consiste en garantizar la calidad de los productos y servicios lanzados al mercado.
- Modelo de Servucción: Eiglier y Langeard, (1989). Destacan que la calidad del servicio depende de los elementos que intervienen en el proceso de elaboración de los servicios y la coherencia entre ellos (soporte físico, personal y clientes).
- Modelo de Deficiencias o Discrepancias: Define las deficiencias en la Prestación de servicios (diferencias entre servicio esperado y servicio recibido).

Estableciendo 5 diferencias que se producen como consecuencia de no responder a las expectativas de los clientes. Se usa la Escala SERVQUAL, como Instrumento de medición de expectativas y percepciones de clientes en relación a servicios ofrecidos.

Modelo Imagen: define la calidad percibida a través de relacionar la calidad técnica (lo que el cliente recibe de sus interacciones con la empresa), la calidad funcional de los procesos (la forma en que se realiza la prestación de los servicios) y la imagen corporativa. Las dos primeras conforman la calidad experimentada por el cliente, éste relaciona la calidad experimentada con la calidad esperada y se forma una valoración de calidad percibida propia, por lo cual la calidad percibida es función de lo que los clientes ya esperan del servicio y de la manera en que este servicio ha sido prestado, considerando aspectos técnicos y funcionales. (Bustamante, Órdones, 2003. p. 10).

Losada y Rodríguez, (2007), La multidimensional 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 servicio que reportan resultados diferentes en la composición del constructo (Swan y Combs, 1976; Gónroos, 12982, 1984; Carman,1990 y 2000; Babakus y Boller, 1992;Johnston, 1995; Kilbourne, Duffy, y Giarchi, 2004; Chowdary y Prakas, 2005; Lin, 2007). (p.241).

Babakus y Mangold (19929); “sugieren que mientras para algunos servicios la composición del constructo puede ser compleja y multidimensional, para otros puede ser simple y unidimensional”.

Carman, Babakus y Boller (1992); consideran que la cantidad, y la naturaleza de las dimensiones de la calidad del servicio, tienen relación directa con el fenómeno analizado, lo cual hace necesario desarrollar metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa, que descubran las dimensiones particulares para cada contexto (Carman, 1990; Ekinci, 2001). (Losada y Rodríguez, 2007, p. 243).

Tabla 1: Resumen Cronológico de los más Relevantes Aportes sobre la Medición de la Calidad del Servicio.

Año	Autores	Aportes
1980	Oliver	Paradigma Desconfirmatorio
1984	Grönroos	Modelo de Calidad de Servicio
1985, 1988	Parasuraman, Zeithaml y Berry	Modelo SERVQUAL
1989	Eiglier y Langeard	Modelo de Servucción
1992	Cronin y Taylor	Modelo SERVPERF
1993, 1994	Teas	Modelo de Desempeño Evaluado
1994	Rust y Oliver	Modelo de los Tres Componentes
1996	Dabholkar, Thorpe y Rentz	Escala Multinivel de Calidad del Servicio
1997	Philip y Hazlett	Modelo P-C- P
2001	Brady y Cronin	Modelo Jerárquico Multidimensional
2006	Akbaba	Técnica del Factor Incidente Crítico

Fuente: (Colmenares, Oscar y Saavedra, José, 2006); Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio.

1.2 Escalas de medición de la calidad del servicio

Haciendo una revisión de la literatura de calidad de los servicios, podemos decir que las escalas que han recibido una mayor atención por parte de los investigadores son:

- a) Escalas SERVQUAL, de Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1991.
- b) La escala SERVPERF, de Cronin y Taylor, 1992.
- c) La escala de Desempeño evaluado, PE. (Teas, 1993).
- d) El Modelo de los tres Componentes (Rust y Oliver, 1994).

Duque y Chaparro, (2012), En Colombia y el mundo, se han probada 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, seguida de SERVPEF o el enfoque jerárquico multidimensional. Losada y Rodríguez, (2007).

Las escalas SERVQUAL y SERVPERF, son herramientas diseñadas para la medición de la calidad del servicio (Cronin y Taylor, 1994, P. 26). Dentro de los ámbitos académicos, son los más usados para tal fin. (p. 166).

ESCUELA AMERICANA

Jiménez, Rosa. (2004), La medición de la calidad percibida del servicio se desarrolla a partir de la investigación realizada por Parasuraman, Zeithaml y Berry,

quienes crearon el modelo de las cinco diferencias (gaps) y el instrumento de medición SERVQUAL.

SERVQUAL es un conciso multi-escala, tema con una buena fiabilidad y validez, que las empresas de servicios pueden utilizar para mejorar la comprensión de las percepciones y expectativas de servicio y como consecuencia mejorar el servicio. El instrumento ha sido diseñado para ser aplicado a una amplia gama de servicios. Así las cosas, proporciona una estructura básica a través de las expectativas y percepciones, formatos que cubren temas para cada una de las cinco dimensiones de la calidad del servicio. El modelo puede ser adaptado o complementado para adaptarse a las características y necesidades específicas de la investigación de una organización particular (Parasuraman et al., 1988).

La escala **SERVQUAL**, siendo una de las investigaciones pioneras en la medición de la magnitud de los servicios y tal vez la más consultada, se ha enfrentado a muchas críticas, que pueden resumirse como se muestra por Buttle (1996, P. 10.): "A pesar de su creciente popularidad y aplicación generalizada, SERVQUAL ha sido sometido a una serie de críticas teóricas y operativas".

Debido a las críticas y las limitaciones de la escala, la alternativa propuesta se presenta a continuación la escala revisada SERVQUAL (Parasuraman et al, 1991a; 1991b), la escala SERVPERF (Cronin y Taylor, 1992), y el Modelo de Desempeño Evaluado (Teas, 1993).

Parasuraman, Zeithaml y Berry, inicialmente identificaron diez determinantes de la calidad del servicio, así:

1. Elementos Tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales.
2. Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
3. Capacidad de Respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para proveerlos de un servicio rápido.
4. Profesionalidad: posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio.
5. Cortesía: Atención, respeto y amabilidad del personal de contacto.
6. Credibilidad: Veracidad, creencia y honestidad en el servicio que se provee.
7. Seguridad: Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
8. Accesibilidad: Lo accesible y fácil de contactar.
9. Comunicación: Mantener a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharlos.
10. Comprensión del cliente: Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades.

Luego de las críticas recibidas, manifestaron que estas diez dimensiones, no son necesariamente independientes unas de otras (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988, p. 26), realizaron estudios estadísticos, encontrando correlaciones entre las dimensiones iniciales, que a su vez permitieron reducirlas a cinco:

1. Confianza o empatía: Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario).
2. Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
3. Seguridad: conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa las anteriores dimensiones de profesionalidad, cortesía, credibilidad, y seguridad)
4. Capacidad de Respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para prestarles un servicio rápido.

5. Tangibilidad: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

A través de procedimientos estadísticos, agrupan variables y permiten generalizar de mejor forma el modelo logrando mayor representatividad.

SERVPERF: El trabajo de Cronin y Taylor (1992); “tiene como antecedente al SERVQUAL, del que ellos plantean, que es inadecuado, el rendimiento menos las expectativas es una base inadecuada para uso en la medición del servicio” (p. 125), entre otros aspectos, se menciona que la literatura sobre Marketing apoya la superioridad de basar las medidas de la calidad del servicio solo sobre el desempeño (p. 569). Así el instrumento, se plantea como una alternativa al SERVQUAL.

El SERVPERF, utiliza 22 ítems de la escala original SERVQUAL, valorando solo la puntuación de las percepciones, para medir la percepción sobre la calidad del servicio. Es decir, que la percepción es el único factor determinante para la evaluación de la calidad de cualquier servicio. (Duque y Chaparro, 2012, P.168).

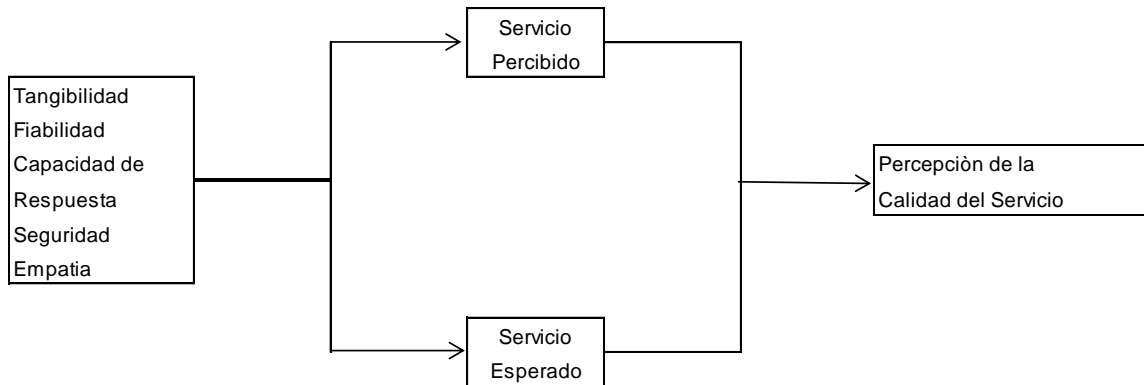
Cronin y Taylor (1992), se basan en Carman (1990), para afirmar que la escala SERVQUAL, no presentaba mucho apoyo teórico, mucho apoyo y evidencia empírica como punto de partida para evaluar la calidad de servicio percibida, apoyados en las teorías de Bolton y Drew,1991;Churchill y Suprenant, 1982; Woodruff, Cadotte y Jenkins, 1983. Esta escala intenta superar las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida.

En resumen, la escala es la misma, lo que varía es el enfoque de evaluación y las preguntas en los instrumentos.

Centrándose en el caso de los servicios de un hospital público, lo primero que hay que destacar es que se trata de una organización multiservicio (Berry, 1995), puesto que engloba a una amplia variedad de servicios de salud complejos (Lamata, et al, 1994), por ejemplo en un hospital, se pueden identificar los servicios por especialidades (pediatría, traumatología o cardiología) y por áreas funcionales (consulta externa, urgencias, hospitalización); las enfermeras, la hostelería, los servicios de información y de trámites administrativos para el usuario, lo cual plantea dificultades desde el punto de vista del mercado, debido a que la relación de intercambio exige multitud de momentos de verdad, es decir encuentros entre el usuario y algún otro elemento de la Servucción.

Figuras 1: Modelo SERVQUAL.

FIGURA 1. Modelo Servqual



Fuente: Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988). Zeithaml y Parasuraman (2004, p.16)

Grönroos, (1994). “Por tanto no puede perderse una visión global del servicio de un hospital, ya que los usuarios lo perciben como un todo indivisible compuesto por múltiples atributos (Lambin, 1995)”. Rodríguez, Augusto, (2007), p.246.

Bigne, et. al. (1997); “en un estudio comparativo de los instrumentos de medición de la calidad de los servicios públicos, cita varios trabajos realizados en hospitales, en donde se utilizan varias escalas parecidas a la SERVQUAL, que miden las percepciones y las expectativas”, los cuales se señalan a continuación:

Carman (1990), identifica 9 factores a partir de 40 ítems: servicio de admisión, elementos tangibles, comida, intimidad, enfermeras, explicación del tratamiento

accesibilidad y cortesía a los acompañantes, planificación post-hospitalaria y facturación.

Vandanme y Leunis (1992); a partir de 17 ítems identifica seis factores: tangibles, capacidad de respuesta médica, seguridad nivel 1, seguridad nivel 2, personal sanitario, creencias y valores personales.

Babakus y Mangold, (1992), “a partir de un cuestionario de 15 ítems, identificaron tres factores referidos a las expectativas, dos factores a las percepciones y ninguna estructura factorial significativa en P – E.”.

La consejería de salud de Madrid, utiliza una escala que solo mide las percepciones, mediante un estudio factorial exploratorio, “partiendo de un cuestionario de 26 ítems en el cual se identificaron cuatro factores: atención medica /trato recibido, accesibilidad en términos de tiempo de espera y tramites, accesibilidad física, condiciones y estado del entorno/centro”.

La revisión bibliográfica realizada:

Concluyen que la filosofía del modelo entre la percepción y las expectativas del consumidor representada en SERVQUAL, es la más utilizada en la evaluación de la calidad de los servicios públicos, que es más fiable que la escala SERVPERF, para

medir la calidad en tres servicios públicos (Transporte ferroviario de pasajeros, salud y educación universitaria) (Bigne et al., 1997).

También demostró la multidimensionalidad del constructo calidad de acuerdo con las cinco dimensiones propuestas por Parasuraman et al. (1988). Las conclusiones también afirman que la escala SERVQUAL, tiene validez convergente respecto a las variables calidad global de los servicios y nivel de satisfacción.

De los resultados obtenidos, se observa según Bigne et al. (1997), que la escala considerada (SERVQUAL), tiene una mayor aplicabilidad para aquellos servicios públicos, que tienen competencia en el ámbito privado, como puede ser el caso de los servicios de salud en Colombia. (Rodríguez, Augusto, 2007, p.252).

LA ESCALA DE DESEMPEÑO EVALUADO, PE. (TEAS, 1993)

Fue planteado por Teas, (1993), este autor mantuvo una discusión con los autores del modelo SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml y Berry), centrada en tres puntos:

- Interpretación del concepto expectativas
- Operativización de dicho concepto
- Valoración de modelos alternativos al SERVQUAL, para la evaluación de la calidad del servicio percibido.

En conclusión Teas (1993, “anotó que SERVQUAL, presenta problemas con respecto a la definición tanto conceptual como operativa de las expectativas, lo cual crea ambigüedad en la interpretación y en su justificación teórica” (p. 31). De acuerdo con su análisis afirma que SERVQUAL, carece de validez discriminante.

Teas (1993), “explica la conceptualización de las expectativas como puntos ideales en los modelos actitudinales y bajo este planteamiento sugiere el modelo de desempeño evaluado, PE”. (p. 19).

El modelo sugiere puntuaciones ponderadas de la calidad de servicio, unas más altas con expectativas altas (puntuación +19) y percepciones también altas (puntuación +7).

MODELO DE LOS TRES COMPONENTES

En 1994, Rust y Oliver presentaron una conceptualización no probada, que fundamenta lo planteado por Grönroos. Su justificación está en las evidencias encontradas por autores McDougall y Levesque en 1994, en el sector bancario y por McAlexander y otros en el mismo año en el sector sanitario (Rust y Oliver, 1994, p. 8).

El modelo se compone de tres elementos: el servicio y sus características (service product), el proceso de envío del servicio o entrega (service delivery) y el

ambiente que rodea el servicio (environment). Su planteamiento inicial fue para productos físicos.

El ambiente del servicio está subdividido en dos perspectivas: la interna (del proveedor del servicio) y la externa.

El ambiente interno se enfoca en la cultura organizacional y en la filosofía de la eliminación, mientras el externo se orienta principalmente al ambiente físico de la prestación del servicio (Rust y Oliver, 1994).

Se encuentran, igualmente, los modelos como el Multinivel, de Dabholkar, Thorpe y Rentz, (1996), que pretende establecer una conceptualización jerárquica. Los aportes de Brady y Cronin, (2001) plantearon el Modelo Jerárquico Multidimensional, que parte de los planteamientos de Grönroos, (1984), Parasuraman, Zeithaml y Berry, (1988), Rust y Oliver (1994) y Dabholkar, Thorpe y Rentz, (1996), intentando establecer factores que hacen de la percepción de la calidad del servicio una variable latente. Se encuentran también algunas caracterizaciones de dimensiones, como las de Lehtinen y Lehtinen, (1982) y Garvin, (1984).

Existen otros autores que han profundizado en los diferentes atributos que configuran la calidad de servicio y, a partir de un paralelismo con la teoría dual de Herzberg, (1967); defienden que existen atributos que provocan satisfacción, atributos

que provocan insatisfacción, atributos que provocan ambos o atributos que no provocan ni satisfacción ni insatisfacción (Johnston, 1995; Pizam, 1999).

ESCUELA NÓRDICA

Conocido como el modelo de la imagen, fue formulado por Grönroos, (1988, 1994) y relaciona la calidad con la imagen corporativa. Plantea que la calidad percibida por los clientes es la integración de la calidad técnica (¿qué se da?), y la calidad funcional (¿cómo se da?), y estos se relacionan con la imagen corporativa. La imagen es un elemento básico para medir la calidad percibida. (Duque, 2005, p. 70).

En resumen, el cliente está influido por el resultado del servicio, pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa. Todo ello estudia transversalmente las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio.

Este modelo toma, define y explica la calidad del servicio percibido a través de las experiencias evaluadas a través de las dimensiones de la calidad. Paralelamente conecta las experiencias con las actividades del marketing tradicional esbozando la calidad (Grönroos), 1990, p. 12).

Duque, (2005), “Las expectativas o calidad esperada, según Grönroos son función de factores como la comunicación de marketing, recomendaciones (comunicación boca – oído), imagen corporativa /local y las necesidades del cliente”.

Según Grönroos (1994, P. 38). La experiencia de calidad es influida por la imagen corporativa/ local y a su vez por otros dos componentes distintos: la calidad técnica y la calidad funcional. La calidad técnica se enfoca en un servicio técnicamente correcto y que conduzca a un resultado aceptable. Se preocupa de todo lo concerniente al soporte físico, los medios materiales, la organización interna. Es lo que él denomina la dimensión del “que”. Lo que el consumidor recibe. La calidad funcional se encarga de la manera en que el consumidor es tratado en el desarrollo del proceso de producción del servicio. Según Grönroos, es la dimensión del “como”. Como el consumidor recibe el servicio.

El autor afirma, que el nivel de calidad total percibida, no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional, sino que está dado por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada, paradigma de la desconfirmación. (Duque, 2005, p.65)

A pesar de que el modelo SERVQUAL, se aplica en la evaluación de la calidad de múltiples servicios, ha sido criticada por diversos investigadores, debido a la metodología y sus propiedades psicométricas. Se cuestionan en el instrumento el uso del paradigma desconfirmatorio (Carman, 1990), la ambigüedad en el usos de las expectativas (Teas, 1993), la utilidad práctica y su poder exploratorio (Brown, Churchill y Peter, 1993), la exclusiva orientación hacia el proceso (Cronin y Taylor, 1992,1994), la

generalidad de las dimensiones de la escala (Babakus y Mangold, 1992) y su validez (Buttle, 1992; Babakus y Boller, 1992).

La segunda aproximación a la medición de la calidad del servicio (SERVPERF); considera únicamente las de percepciones del consumidor (Cronin y Taylor, (1992). Autores como Mcdougall y Levesque, (1994), creen ineficiente e innecesario utilizar las expectativas en un instrumento para medir la 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 llevan a Cronin y a Taylor, (1992) a desarrollar la escala SERVPERF, para medir la calidad del servicio.

De acuerdo con los autores 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. Y contiene sólo la mitad del número de elementos que deben ser medidos.

El instrumento (SERVPERF), se desarrolla a partir de los 22 ítems dedicados a evaluar la percepción en el modelo SERVQUAL de Parasuraman, et al (1985, 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 a Taylor, 1992, 1994; Parasuraman, et al., (1994). p. 247.

Los problemas relacionados con la escala de medición más popular que es el SERVQUAL, se refieren a la dificultad para abstraer de los clientes o consumidores sus expectativas de la entrega, en Calidad del servicio en términos de las dimensiones del modelo. Asubonteng et al. (1996); (Duque, 2005, p. 67...75)

Lozada, Rodríguez, “El análisis del modelo estructural indica que la conceptualización del SERVQUAL es defectuosa por: Principalmente, estar basados en un paradigma de satisfacción más que en un modelo de actitudes”. (2007).

Por todo lo anteriormente dicho en la presente revisión bibliográfica, en el desarrollo de esta investigación se seleccionó la escala SERVPERF, a partir de la cual se realizará la construcción del instrumento de medida de la calidad del servicio en los centros asistenciales del departamento del Chocó, debido a que reduce la amplitud del cuestionario de la encuesta, lo que posibilita una mayor colaboración del encuestado y una más fácil comprensión. En cambio al hacerlo a través de dos columnas (escala SERVQUAL,) se crea confusión y se agrega complejidad. (Duque y Chaparro, 2012).

1.3 La calidad del servicio en salud

La revisión bibliográfica realizada en este trabajo, nos permite dar a conocer las principales investigaciones llevadas a cabo sobre medición de la calidad de los servicios de salud, tenemos:

Donabedian, (1980); sostiene que la calidad en salud es una propiedad y un juicio sobre:

-Técnica o Ciencia: la aplicación diestra de la ciencia y tecnología para un óptimo equilibrio

Riesgo – beneficio adaptado a la condición del paciente.

-Trato o Arte: el manejo de la relación interpersonal, en un marco sociocultural de valores, normas y expectativas.

-Amenidades: Aspectos deseables de las circunstancias en que se provee la atención y que la hacen agradable, gratificante, y no humillante (confort, privacidad, aseo).

Una de las personas más reconocidas en este campo es Donabedian, el cual define una atención de alta calidad como: Donabedian, (1980). “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”.

Se ha referido también a las múltiples facetas del concepto de calidad: Donabedian, (1980), “calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado en las relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos”. Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena

calidad puede resumirse como, Donabedian, (1980). “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”.

También se definen la calidad de los servicios de salud, como Luft y Hunt; “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.

De Geyndt; “apunta que las distintas definiciones que se la han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones”.

Jaramillo, Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla.

En el documento titulado Un marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud Murray y Frenk “consideran que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, que este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos” (en inglés goal performance) y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles”.

Jaramillo; señala que “debe considerarse la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado”. (p. 4, 5).

Losada y Rodríguez, (2007), Estudios realizados con anterioridad, como es una investigación efectuada en el Hospital da Cova da Beira (Portugal), Dos Reis, Rodríguez et, al. 2002; analizan desde la perspectiva del usuario, la calidad del servicio suministrado en algunas unidades de dicho recinto hospitalario, para lo cual se identificaron algunas dimensiones de calidad de los servicios de salud, como también, relaciones personales entre los profesionales sanitarios y su entorno, las que fueron respectivamente evaluadas. Mediante este estudio:

Se obtuvieron conclusiones acerca de Cómo medir la calidad de los servicios que les son proporcionados a los usuarios, a través del análisis de dimensiones relacionadas con el cuidado entregado por los profesionales de la salud y con el entorno donde son prestados dichos cuidados. (Bustamante y Ordenes, 2003, p. 4).

En uno de los estudios más citados:

Pusieron de relieve que en las encuestas de satisfacción del paciente, se prestaba mayor atención a las condiciones para humanizar la asistencia médica (en un 65% de los casos), a la cantidad y calidad de la información que se facilitaba a los

pacientes (en un 50%) y a la competencia percibida de los profesionales (en un 43%). (Hall y Dornan, 1988).

Otros autores; a partir de otros enfoques metodológicos, han identificado como factores importantes para determinar el nivel de satisfacción las condiciones del entorno físico (incluyendo el confort), la accesibilidad entendida en sentido amplio (no solo física), la comunicación médico - paciente, los cuidados de enfermería que se facilitan, la competencia profesional, la cortesía y amabilidad en el trato, el coste de la asistencia y, evidentemente, el resultado alcanzado.

De acuerdo con la literatura, la calidad en los servicios de salud puede dividirse en dos dimensiones: la técnica y la funcional (Donabedian, 1980; Gönroos, 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.

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 por lo que expresa el

proveedor durante el encuentro de servicios, que por el desempeño técnico profesional observado de este”.

Nelson, et al., (1989) “Investigaron, por medio de un sistema de juicio del paciente, desarrollaron un estudio en el Hospital Corporation of América. Este dio Como resultado, un cuestionario de 11 dimensiones de calidad que incluyó 68 ítems de medida”.

Donabedian, (1990), “propuso que la calidad de la atención, debe basar su medición en tres componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención”.

Bowers, Swan y Koehler (1994); a partir de la escala SERVQUAL, “desarrollaron un instrumento específico para medir la calidad del servicio en dos contextos de atención médica: la asistencia médica y el cuidado médico”. Este instrumento consideró seis dimensiones en la medición de la calidad del servicio en salud (información, fiabilidad, capacidad de respuesta, accesibilidad, empatía y cuidados).

Bower, 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 de servicios de salud”.

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, colaboración sinérgica entre los elementos internos y externos del hospital para la prestación del servicio. (Jun, Peterson y Zsidisin, 1998).

Deán (1999), identifica “como dimensiones importantes en salud; la seguridad, la tangibilidad, la empatía, la fiabilidad, 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, el tiempo de espera, como los principales determinantes de la calidad del servicio en salud. Mira, et al (2002), “presentaron un estudio en que se analiza la importancia de diversas dimensiones de la escala SERVQUAL y su relación con la satisfacción del paciente en el contexto de la medicina nuclear”. Algunas dimensiones de esta escala no fueron confirmadas en este nuevo contexto. De hecho los pacientes consideraron los bienes materiales y la seguridad como una sola dimensión, y además la dimensión original empatía, fue dividida en empatía y conveniencia.

Autores como Palihawadana y Barnes (2004); “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, y la empatía como las principales dimensiones de la calidad del servicio de salud, aun cuando la fiabilidad es la mayor importancia”.

Chang, et. al. (2006); realizaron un estudio para determinar cómo los encuentros del servicio afectan la satisfacción de los pacientes. Losada y Rodríguez, (2007) “Identificaron que los que en mayor medida afectan la satisfacción con los tratamientos médicos, son los encuentros del paciente con: los profesionales médicos, los profesionales encargados del cuidado, con el personal de servicio, y con los espacios e instalaciones”. (p. 244.).

Munera, Hugo, (2011), En Colombia se comienza a hablar de manera importante sobre la atención en salud con calidad a partir de la década del 90. Sobre todo con la entrada en vigor de la Constitución donde se expresa una preocupación real por la calidad de la atención en salud, la cual está consignada en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, que hoy en día está reglamentada en el Decreto 1011 de 2006. (p. 78, 79).

Puedo decir que, en la revisión bibliográfica a los diferentes estudios que he realizado, La literatura muestra una gran diversidad de resultados, en cuanto a qué escala o instrumento es más adecuado para la medición de la calidad de servicio. Considero que de acuerdo al tipo de servicio que se esté estudiando se debe analizar cuál es el modelo más aplicado en ese contexto. SERVQUAL O SERVPERF, teniendo

en cuenta que SERVPERF, utiliza una encuesta de solo 22 ítems, la hace más manejable para el encuestado, por lo tanto es la que recomiendo para medir la calidad del servicio en cualquier contexto, siempre y cuando se midan solo percepciones, si lo que busca la investigación es determinar expectativas y percepciones de debe aplicar obligatoriamente la SERVQUAL, que utiliza una encuesta de 44 ítems.

Sin desconocer investigaciones que han adaptado modelos, como es el caso de los estudios de medición de calidad percibida de control de tránsito aéreo.

En cuanto a la revisión hecha a los estudios de calidad de servicios de salud, puedo decir que es multidimensional, y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla. Muchos autores coinciden que el cuidado médico es determinantes de la calidad y satisfacción de los pacientes de servicios de salud.

Otros autores consideran como dimensiones importantes en salud; la seguridad, la tangibilidad, la empatía, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, como los principales determinantes en la influencia de las percepciones de calidad del servicio en salud.

MARCO NORMATIVO DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

El numeral 9, del artículo 153 de la ley 100/1993. Decreto 2309 de 2002, deroga el decreto 2174 de 1996 de la CNSSS. Resolución 5261 de 1994 del CNSSS. Decreto 1011 de 2006. Presidencia de la Republica de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.

Según el decreto 2309/2002, del Ministerio de Salud de Colombia; la atención en salud es la prestación de servicios de salud en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como los procesos de aseguramiento. El mismo decreto define la calidad de la atención en 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.

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, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

2. METODOLOGÍA

El desarrollo y ejecución del presente trabajo, se realizó en marcado en un diseño metodológico, consistente en las siguientes etapas: Esta es una investigación de tipo empírico analítico, donde se parte de la problematización de la salud en el Chocó, y se plantea una evaluación empírica en dicho contexto, para su desarrollo se tuvo en cuenta el proceso metodológico de Quivy y Campenhoudt,(2006); Manual de Investigación en Ciencias Sociales; que tiene 3 tres etapas del procedimiento y siete fases para llevar a cabo una investigación, estas son:

La ruptura: que consiste precisamente en romper con los prejuicios y falsas pruebas, que solo dan la ilusión de comprender cosas, por consiguiente la ruptura es el primer acto del procedimiento científico. Está compuesta por; la pregunta inicial de investigación y la exploración (las entrevistas exploratorias).

La estructuración: Sin esta estructuración teórica, no habrá experimentación valida. En las ciencias sociales no puede haber comprobación fructífera sin la estructuración de un marco teórico de referencia. No se aplica la prueba de los hechos

a cualquier proposición. Las proposiciones son el producto de un trabajo racional fundado en la lógica y en un bagaje conceptual válidamente constituido.

La Comprobación: Una proposición tiene derecho a una categoría científica en la medida en que es susceptible de verificarse mediante hechos. El acto de poner a prueba una proposición ante los hechos, se llama comprobación o Experimentación, y corresponde al tercer acto del procedimiento.

Esta última etapa, está conformada por; la observación, el análisis de la información, las conclusiones y recomendaciones.

Como herramientas metodológicas, se partió de la consulta bibliográfica para determinar los modelos específicos, que aplicarían a la situación problemática, posteriormente se determinó una escala de medición previamente probada para Aplicar al concepto del Chocó y se desarrolló su aplicación, haciendo su respectivo análisis de fiabilidad y validez.

Exploración Teórica.

Para identificar los autores más importantes con respecto a la calidad del servicio y la Calidad de servicio en centros asistenciales y sus teorías, se hizo una exploración bibliográfica en bibliotecas, libros, tesis de maestrías y Doctorados, internet, revistas y journals, bases de datos y expertos. Las bases de datos consultadas

fueron: Emerald, Jstor, Google académico, Business Source Complete, Journal Storage, Scielo - Scientific Electronic Library Online, universidad Nacional de Colombia, entre otras.

Entre los journals consultados, podemos destacar entre otros: Journal of Service Industry Management, The Journal of Marketing, Journal of Hospitality & Tourism Research, Journal of de academy of marketing Science, Journal of Service Industry Management, International, Journal Hospitality Management, International Journal of Contemporary Hospitality, Management, International Journal Hospitality Research, Journal of Health Care Quality Assurance 18(3), pp. 217-218.

2.1 Selección, adaptación y aplicación del instrumento

2.1.1 Selección del instrumento

De acuerdo a la información extractada de la literatura y los trabajos de investigación realizados alrededor del tema de la calidad del servicio, se encontró que los modelos que se utilizan con mayor frecuencia son el SERVQUAL desarrollada por (Parasuraman et al., 1988) y la escala SERVPERF de Cronin y Taylor (1992).

No obstante, existe un ardua discusión al torno del tema de cuál es el modelo que ofrece mayores bondades para medir la calidad de los servicios.

No obstante, para efectos de este trabajo se destacan las conclusiones de autores como Alén (2005). Según las cuales SERVPERF tiene las mejores propiedades psicométricas.

En la misma dirección Jain & Gupta, (2004), afirman que SERVPERF, por su solidez Psicométrica, debe ser utilizada para la valoración general de la satisfacción y para la comparación de la calidad del servicio. Asimismo, Barrera & Reyes (1999) argumentan que el modelo SERVPERF es el instrumento de medición más adecuado en la calidad de Servicios y le otorga superioridad absoluta del modelo SERVPERF sobre el modelo SERVQUAL, desde la perspectiva de la gestión. Brady et al., (2002).

Aunque SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) se ha utilizado en la investigación tanto teórica como aplicada, no se utilizó debido a las cuestiones planteadas en cuanto a su validez (Brady et al., 2002) y problemas de definición relacionados con las expectativas.

Teniendo en cuenta lo anterior y ante las evidencias presentadas por los autores y las investigaciones realizadas. Para el presente trabajo se seleccionó SERVPERF, como modelo de medición de la calidad, esto se debe a que se busca es hacer una medición de calidad del servicio en los centros asistenciales del Departamento del Chocó.

La metodología se centró en consultas a los usuarios de los centros asistenciales del departamento del Chocó: Hospital Departamental San Francisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó, Clínica Comfachocó y Clínica Vida y técnicas de recolección de fuentes secundarias en internet, libros, revistas, journals, documentos académicos, tesis de maestrías y de Doctorados.

Se recopiló la literatura de mayor trascendencia, sobre el tema de la calidad del servicio, con sus diferentes posturas y se evidenció que los dos instrumentos más utilizados para medir la calidad percibida del servicio son SERVQUAL, desarrollada por (Parasuraman, et al, 1988) y SERVPERF de Cronin y Taylor (1992).

En este trabajo de investigación se seleccionó la escala SERVPERF, para construir el instrumento de medida de la calidad percibida del servicio de salud en los centros asistenciales del departamento del Chocó.

Por consiguiente, para medir la calidad del servicio de salud, 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. Díaz, Rocío, (2005)

Metodológicamente la escala SERVPERF, aporta mejoras sobre la escala SERVQUAL, porque reduce el número de ítems a la mitad y se encontró que es un instrumento más adecuado para explicar la calidad global de un servicio.

La metodología para la construcción del instrumento que se utilizará para medir la calidad percibida del servicio de salud en los centros asistenciales del Departamento del Chocó y la fase de comprobación empírica de su fiabilidad y validez, se presenta en la tabla 2.

Para la recolección de datos, se utilizó la escala de 5 puntos de Likert (Likert, 1932), donde 0=Total desacuerdo y 5=total acuerdo.

Se muestra el instrumento que se tomó como referencia en el anexo B del trabajo de grado, y se hace una comparación con el adaptado, al cual se le hacen las aclaraciones del caso:

Se adapta todo el encabezamiento a la encuesta utilizada en la presente investigación, donde se adiciona la explicación del por qué. Las personas van a contestar la encuesta, se adiciona que se debe marcar el género (masculino, femenino), como también se adaptan las preguntas 10, 12,13 y 14 al contexto de mi investigación, la cual la adelanto en centros asistenciales del primer y segundo nivel de complejidad. Como se observa en los anexos A Y B, del trabajo de grado. P.44.

El presente estudio, está orientado a caracterizar el servicio de salud, en los centros asistenciales del departamento del Chocó, determinar los factores que lo caracterizan, construir el instrumento para medir la calidad percibida del servicio de salud en el departamento del Chocó y realizar la comprobación empírica de su fiabilidad y validez de constructo, acogiéndose a Churchill (p. 377). (Duque y Chaparro, 2012, p. 171).

La metodología queda resumida en dos grandes etapas: la estructuración, que culmina con el diseño de la población y muestra y la comprobación, que tiene como fin mostrar las evidencias empíricas de la fiabilidad y validez de la escala propuesta.

Tabla 2: Metodología para la Construcción del Instrumento de Medida

Estructuración	1	Estructuración del Análisis del Problema	1.1	Generar muestras de ítems
			1.2	Elaboración del Cuestionario para la recolección de Datos
			1.3	Diseño de la Población y Muestra
Comprobación	2	Observación	2.1	Elaboración del Cuestionario para la recolección de Datos
			2.2.	Recolección de Datos: Aplicación del cuestionario
	3	Análisis de Resultados	3.	Calculo de la fiabilidad y validez del constructo,
			3.2.	Análisis de Datos y resultados

Fuente: Elaboración propia. .

3. DESARROLLO DEL TRABAJO

3.1 Generar muestras de ítems

Una vez se seleccionó la escala se procedió a adoptar al sector salud los ítems que componen el instrumento de medida, apoyado en estudios que miden la percepción de la calidad de los servicios de salud, que han utilizado el SERVPERF y otros instrumentos de medida.

Posteriormente, el cuestionario con los 22 ítems adaptados fue puesto a consideración de algunos usuarios y personal asistencial del Hospital Ismael Roldan. Para verificar, si la prueba era entendible o para realizar los ajustes de acuerdo a los requerimientos exigidos, luego se procedió a aplicar el instrumento a la población y muestra seleccionada.

3.1.1 Elaboración del cuestionario para recolección de datos

Se elaboró un instrumento para la medición de la calidad percibida del servicio de salud en el departamento del Chocó, que incluía 22 afirmaciones, que debían ser evaluadas según la percepción de los usuarios del servicio de salud, a través de una

escala Likert de 0 a 5, donde 0 equivalía a estar “totalmente en desacuerdo” y 5 a estar “totalmente de acuerdo” con las aseveraciones. (Anexo A).

3.1.2 Diseño de la población y muestra

La población está conformada por los usuarios que reciben servicios en los centros asistenciales: Hospital Sanfrancisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó, Clínica de Comfachocó, Clínica de Caprecom EPSS y Clínica vida, porque son los más representativos, ya que atienden la mayor parte de la población del Departamento del Chocó, según cifras estadísticas suministradas por los centros asistenciales.

El tipo de muestreo es aleatorio simple, teniendo en cuenta el porcentaje de participación de los usuarios en los centros asistenciales, determinará el número de encuestas a realizar, una vez se determine el tamaño de la muestra.

Para determinar el tamaño de la muestra se usa la siguiente formula:

Ecuación 1: Calculo de la población

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n=398$$

Fuente: Elaboración propia.

Calculo de la población

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Dónde:

- **N = Total de la población de Quibdó= 162.803**
- **$Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)**
- **p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)**
- **q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)**
- **d = precisión (en este caso deseamos un 5%).**

$$n=384$$

Fuente: Elaboración propia. .

Utilizando el porcentaje de participación anual de los centros asistenciales de Quibdó, en la atención de los usuarios, extraemos el número de encuestas que se deben realizar:

Hospital San Francisco de Asís	(46,97%)	= 180 encuestas
Hospital Ismael Roldan	(28,15%)	=108 encuestas
Clínica de Comfachocó	(14,89%)	= 57 encuestas
Clínica Vida	(9,98%)=	<u>39 encuestas</u>
TOTAL		= 384 encuestas

El tipo de muestreo es **aleatorio simple**

Fuente: Elaboración propia. .

Las encuestas se aplicaran durante dos semanas del mes de marzo, en cada uno de los centros asistenciales, teniendo en cuentas los usuarios de todos los servicios ofrecidos.

Tabla 3: Población para la investigación: Participación de los centros asistenciales en la atención a los usuarios en Quibdó.

CENTRO ASISTENCIAL	USUARIOS ATENDIDOS	% DE PARTICIPACION
Hospital San Francisco de Asís	142. 825	46,9706288
Hospital Ismael Roldan	85. 599	28,1508059
Clínica de Comfachocó	45. 294	14,8957652
Clínica Vida	30. 355	9,98280018
TOTALES	304. 073	100%

Fuente: Elaboración propia. .

El número de encuestas dentro de cada centro asistencial, fue determinado, según el porcentaje de atención a los usuarios en los centros asistenciales del Departamento del Chocó, como se observa en la tabla anterior.

La información contenida en la Tabla 3, corresponde a estadísticas del año 2012, la cual fue suministrada por los centros asistenciales, en el primer periodo de 2013, por lo tanto el año más reciente era el anterior, lo cual arrojaría una información más reciente, completa y confiable, al tomar la totalidad del año.

En la tabla, se observa la ficha técnica.

Tabla 4. Ficha Técnica de la Investigación

Población y Ambito	N= 162. 803 , población total del municipio de Quibdó, incluyendo las zonas urbanas y rurales.
Tamaño Muestral	N=400
Error Muestral	e =5%
Nivel de Confianza	Z =1,96,p=q=0,5
Diseño Muestral	Muestreo Aleatorio Simple , el porcentaje de atención de los usuarios en los centros asistenciales.

Fuente: Elaboración propia.

3.1.3 Recolección de datos

A través del software SPSS se calculó la fiabilidad de cada una de las dimensiones y que a cada dimensión, le corresponden los siguientes ítems aplicados en la encuesta:

Seguridad: ítems (1,2, 3, 4, 5, 6, 7,8)

Fiabilidad: ítems (9, 10, 11,12)

Empatía: ítems (13, 14, 18,19)

Tangibilidad: ítems (15, 16,17)

Capacidad de Respuesta: ítems (20, 21,22)

A través del Software SPSS, se calculó la fiabilidad de cada una de las dimensiones que conforman la escala y los resultados fueron los siguientes:

Tabla 5. Cálculos Alpha de Cronbach – Escala Total

Dimensión	Alpha de Cronbach	No. de elementos	Alfa de Cronbach total(22 elementos)
Tangibilidad	0,820	3	0,957
Fiabilidad	0,825	4	
Capacidad de respuesta	0,830	3	
Seguridad	0,922	8	
Empatía	0,804	4	

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en cada una de las dimensiones, todas las escalas presentan coeficientes de Alpha de Cronbach superiores al valor de 0,7, considerado nivel de fiabilidad adecuado para contrastar relaciones causales (Nunnally, 1978), o sea Duque y Chaparro, (2012), “la escala posee una consistencia interna satisfactoria, toda vez que exceden el valor recomendado de 0,70(Hair, et, al., 1999)”. (p. 178)

Los índices de confiabilidad de la escala cumplen en forma satisfactoria, con lo que se infiere, dicha escala posee la fiabilidad suficiente para medir la calidad del servicio percibida de salud, en los centros asistenciales del departamento del Chocó.

3.1.4 Análisis de datos y resultados

Para el análisis de datos fue utilizado el software: Statistical Package for the Socials Sciences (SPSS), versión 19 y el software AMOS, versión 20, a través de los cuales se harán los cálculos psicométricos de la escala de fiabilidad y validez del constructo.

Tabla 6. Características de la muestra (n=400)

ANALISIS DESCRIPTIVO

Rótulos de fila	F	M	Total general
Analfabeta	9	7	16
Bachillerato Completo	93	40	133
Bachillerato Incompleto	22	18	40
Primaria Completa	33	23	56
Primaria Incompleta	17	7	24
Tecnico	6	0	6
Tecnologia	1	0	1
Universidad Incompleta	51	13	64
Universidad Completa	44	16	60
Total general	276	124	400

Fuente: Elaboración propia. .

De las características demográficas de la tabla anterior, se desprende que se encuestaron 400 personas para medir la calidad percibida del servicio en los centros asistenciales del Departamento del Chocó, 276 personas corresponden al sexo femenino, equivale al 69% de los encuestados, 124 corresponden al sexo masculino, equivalente al 31% de los encuestados.

De las 400 personas encuestadas 133 personas (93 de sexo femenino y 40 de sexo masculino), presentan nivel de estudios con Bachillerato académico.

Tabla 7. Distribución de edades

Rótulos de fila	Entre 51 y 60 a	Entre 19 y 30 a	Entre 41 y 50 a	Entre 31 y 40 a	Menores e iguales a 18 a	Mayores de 61 a	Total general
Analfabeta	2	2	4	5		3	16
Bachillerato Completo	5	55	24	32	13	4	133
Bachillerato Incompleto	2	16	3	9	8	2	40
Primaria Completa	8	16	10	14	4	4	56
Primaria Incompleta	4	6	4	5	2	3	24
Tecnico		3	1	2			6
Tecnologia		1					1
Universidad Incompleta		44	6	12	2		64
Universidad Completa	4	34	3	16		3	60
Total general	25	177	55	95	29	19	400

Fuente: Elaboración propia. .

Con respecto a la distribución de edades y formación académica; la mayoría de los encuestados (177), se encuentran en una franja etaria de los 19 a los 30 años (44,25%), lo cual muestra que se trata de persona jóvenes, de los cuales 55 cuentan con formación de bachillerato, 44 con nivel universitario.

Solo una persona de sexo femenino, presenta formación académica como tecnólogo, 60 encuestados terminaron estudios universitarios.

19 personas mayores de 60 años, fueron encuestadas, lo que equivale a (4,75%) de los encuestados, los cuales presentan bajo nivel académico.

Tabla 8. Grupos etarios por dimensión: Seguridad

S	DEFICIENTE	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	Total general
Entre 19 y 30 años	5	20	36	108	8	177
Entre 31 y 40 años	3	10	12	64	6	95
Entre 41 y 50 años	4	6	13	27	5	55
Entre 51 y 60 años	2	3	5	15		25
Mayores de 61 años		1	5	11	2	19
Menores e iguales a 18 años		2	3	22	2	29
Total general	14	42	74	247	23	400

Fuente: Elaboración propia. .

En la dimensión Seguridad, solo 5 personas con edades entre 19 y 30 años, que representan la mayoría de los encuestados (177 personas - 44,25%), consideran que la atención recibida por el personal médico es deficiente.

Tabla 9. Grupos etarios por dimensión: Fiabilidad

F	DEFICIENTE	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	Total general
Entre 19 y 30 años	2	22	56	85	12	177
Entre 31 y 40 años	2	12	31	43	7	95
Entre 41 y 50 años	3	7	21	18	6	55
Entre 51 y 60 años	1	4	5	12	3	25
Mayores de 61 años		1	6	9	3	19
Menores e iguales a 18 años		2	10	15	2	29
Total general	8	48	129	182	33	400

Fuente: Elaboración propia. .

En la dimensión Fiabilidad; de las 19 personas mayores e iguales a 61 años, solo 3, consideran que la atención recibida por el personal administrativo y de enfermería es excelente.

Tabla 10. Grupos etarios por dimensión: Empatía

EMP	DEFICIENTE	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	Total general
Entre 19 y 30 años	6	24	50	90	7	177
Entre 31 y 40 años	6	4	38	41	6	95
Entre 41 y 50 años	4	8	18	19	6	55
Entre 51 y 60 años	3	2	8	12		25
Mayores de 61 años		2	7	7	3	19
Menores e iguales a 18 años	3		6	19	1	29
Total general	22	40	127	188	23	400

Fuente: Elaboración propia. .

Las respuestas de los encuestados con respecto a esta dimensión, arrojan los siguientes resultados: 19 de las personas que están en edades menores e iguales a 18 años, consideran que la organización de los centros asistenciales del departamento del Chocó es buena.

Tabla 11. Grupos etarios por dimensión: Tangibilidad

TAN	DEFICIENTE	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	Total general
Entre 19 y 30 años	7	16	35	87	32	177
Entre 31 y 40 años	3	10	20	50	12	95
Entre 41 y 50 años	2	5	10	29	9	55
Entre 51 y 60 años	2	3	6	12	2	25
Mayores de 61 años		1	5	9	4	19
Menores e iguales a 18 años	1	2	6	15	5	29
Total general	15	37	82	202	64	400

Fuente: Elaboración propia. .

De la tabla anterior se desprende que solo 12 de las personas con edades entre 31 y 40 años (95), consideran que las instalaciones físicas, los equipos y aspecto del personal son excelentes.

Tabla 12. Grupos etarios por dimensión: capacidad de respuesta

CR	DEFICIENTE	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	Total general
Entre 19 y 30 años	21	18	40	82	16	177
Entre 31 y 40 años	5	16	19	50	5	95
Entre 41 y 50 años	8	6	15	20	6	55
Entre 51 y 60 años	2	7	6	10		25
Mayores de 61 años	2	1	5	8	3	19
Menores e iguales a 18 años	1	2	6	17	3	29
Total general	39	50	91	187	33	400

Fuente: Elaboración propia. .

Solo 6 de las personas encuestadas con edades entre 41 y 50 años, respondieron que la disposición para ayudar a los clientes y proporcionar rápido servicio en los centros asistenciales donde se realizó la medición era mala.

Diez de las personas con edades entre 51 y 60 años tuvieron la percepción que la disposición para ayudar a los clientes y proporcionar rápido servicio en los centros asistenciales del Chocó era buena.

A continuación se presentan las definiciones y análisis teórico práctico de cada una de las variables necesarias para calcular la fiabilidad y validez del instrumento

propuesto para la medición de la calidad del servicio, en el presente trabajo de investigación:

Análisis de fiabilidad

El estudio de la fiabilidad indica el grado de la consistencia interna entre las múltiples variables que configuran la escala y representa el grado en que los indicadores o ítems de la escala están midiendo las mismas construcciones o conceptos. (Bagozzi y Yi, 1988).

Con este análisis exploratorio se pretende eliminar todos aquellos ítems que impiden a las sub-escalas estudiadas alcanzar un nivel adecuado de fiabilidad. Para ello, se utilizó el estadístico Alpha de Cronbach (Cronbach, 1951). Torres, et al, (2009), “En la literatura de análisis multivariado de datos, se plantea que para un análisis confirmatorio, es deseable un valor de Alpha de Cronbach mayor a 0,7” Nunally, 1978; Hair, et al., (1998). (p. 380).

Hair et al., “La fiabilidad es el grado en que la variable observada mide el valor “verdadero” y está libre de “error””. (1999). Si la misma medida se realiza repetidas veces, por ejemplo, las medidas más fiables mostraran una mayor consistencia que las medidas menos fiables.

El estudio de fiabilidad indica el grado de consistencia interna entre las múltiples variables que configuran una escala y representa el grado en que los indicadores o ítems de la escala están midiendo las mismas construcciones o conceptos.

Coeficiente Alpha de Cronbach

El Alfa de Cronbach es uno de los métodos más frecuentes para medir la fiabilidad. Éste se define como la proporción de la varianza total de una escala que es atribuible a una fuente común, presumiblemente, el valor real de la variable que pretenden medir los ítems.

El valor mínimo aceptable para el coeficiente Alfa de Cronbach es 0,70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Por su parte, el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación. Varios ítems están midiendo exactamente el mismo elemento de un constructo; por lo tanto, los ítems redundantes deben eliminarse. Usualmente, se prefieren valores de Alfa entre 0,80 y 0,90. (Nunnally, 1978). (Torres y Lastra, 2008, p. 6.)

Fiabilidad compuesta

Es la suma de λ a la 2/(suma de λ a la 2 + suma de errores).

En la literatura existente, se sugirió, que:

0,7 es un valor modesto de fiabilidad aceptable en las etapas iniciales de investigación, y que unos niveles más estrictos de 0,8 y 0,9 resultan más adecuados para etapas avanzadas. (Hair et al., 1999).

Análisis de la validez de una escala

La validez, es el grado en que la medida representa con precisión lo que se supone que representa.

Asegurar la validez empieza con un conocimiento profundo de lo que se va a medir y sólo entonces realizar la medida tan “correcta” y precisa como sea posible.

La comprobación de la validez de las escalas ha sido realizada teniendo en cuenta la validez de contenido, la validez convergente y la validez discriminante.

Varianza

Kelinger y Lee, “Es una medida de puntuación del conjunto de puntuaciones, nos dice que tanto se dispersan los valores de una prueba o medida. Es decir es la medida que nos indica que tanto difieren las puntuaciones entre sí”. (2002).

Índice de varianza extraída

Es la suma de R^2 / (suma de R^2 + suma de errores)

Fornell y Larcker (1981) “recomiendan que la varianza extraída media sea superior a 0.50”.

La comprobación de la validez de las escalas ha sido realizada teniendo en cuenta la validez de contenido, la validez convergente y la validez discriminante.

El valor óptimo para asegurar la validez de una escala debe ser por encima de 0,6. De acuerdo a la literatura de calidad del servicio.

Validez de construcción

Las escalas resultan validas en cuanto a contenido, puesto que fueron diseñadas a partir de una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre la calidad de servicio, la calidad de servicio en hoteles y la escala SERVPERF, como medida de percepción de servicio por parte del cliente o usuario.

Validez convergente

Hair et al., (1999), La validez convergente de un concepto valora el grado en el cual dos medidas del mismo están correlacionadas. Muñiz et al., (2006), La validez convergente puede analizarse a través de los coeficientes de regresión factorial estandarizados entre el conjunto de variables explicativas de la escala y su correspondiente variable latente de saturación.

Anderson y Gerbing, (1988) “Una condición fuerte de validez convergente es que dichos coeficientes sean significativos al nivel de confianza del 95%, para lo cual se requieren valores t superior a 1,96, y que el valor del coeficiente sea superior a 0,5”.

La validez convergente implica, que un conjunto de indicadores representan al mismo constructo subyacente, esta validez suele ser evaluada por la varianza media extraída (Fornell y Larcker, 1981), esta medida cuantifica la cantidad de varianza que un constructo captura de sus variables manifiesta o indicadores en relación a la cantidad, debido al error de medida, este ratio tiende a ser más conservador que la fiabilidad compuesta. Los valores deben ser superiores a 0. 5. (Muñiz et al., 2006, p. 85).

Validez discriminante

Anderson y Gerbing, (1988), Indica el grado en que dos conceptos parecidos difieren. Martinez, et, al., (2009), proponen que el intervalo de confianza al 95%, para las correlaciones entre constructos no incluye el 1, se puede decir que existe validez discriminante., (p. 30.)

Fornell y Larcker, (1981), “proponen que existe validez discriminante entre dos variables latentes, si la varianza compartida (R^2_{XY}) entre pares de constructos es menor que la varianza extraída (p_{vc}) para cada constructo individual”. Martinez et al., (2009), “Este último indicador hace referencia a la cantidad de varianza capturada por el constructo en relación a la cantidad de varianza debida al error de medida”. (p. 30.).

Validez nomológica.

Campbell, (1960); “cuya función básica es mostrar que la teoría del constructo medido proporciona bases lógicas para establecer conexiones empíricamente demostrables entre las puntuaciones de los tests y las medidas de otros constructos”. El test gana en credibilidad en la medida que las consistencias de las puntuaciones reflejan implicaciones teóricas del constructor y el constructo la gana en la medida que el test establece estas predicciones. Luján y Garcia, (2011). P. 402.

Comunalidades

Hair y Cols, (2004), "Varianza compartida con otras variables del análisis factorial" (p. 770).

Kelinger y Lee, (2002), "Proporción de la varianza total que es varianza del factor común".

Según la literatura existente, estas son las sumas de cuadrados de las cargas factoriales de una prueba o variable. La comunalidad de una variable o ítem se refiere a la proporción de varianza que puede ser explicada por el modelo factorial que se obtenga.

Rotación Varimax

Este método se encarga de minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas de cada factor. Simplifica la interpretación de los factores optimizando la solución por columna. Guía para el Análisis de datos SPSS,(2002).

Análisis de Validez

La comprobación de las escalas ha sido realizada teniendo en cuenta la validez de contenido, la validez convergente y la validez discriminante. Muñiz et al., (2006),

“Las escalas resultan validas en cuanto a contenido, puesto que fueron diseñadas a partir de una exhaustiva revisión de la literatura sobre calidad del servicio”.

DIMENSIÓN SEGURIDAD

Parasuraman et al., (1985), “Esta dimensión se refiere al conocimiento y la cortesía de los empleados y su capacidad para inspirar confianza y seguridad”. (p. 23).

A continuación se presentan las tablas del análisis, con sus respectivos valores:

Tabla 13. Comunalidades

	Inicial	Extracción
S1	1,000	,611
S2	1,000	,676
S3	1,000	,670
S4	1,000	,652
S5	1,000	,608
S6	1,000	,699
S7	1,000	,678
S8	1,000	,604

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Las Comunalidades son adecuadas en el análisis, porque están por encima de 0. 6. como lo muestra la tabla anterior y lo establece la literatura existente.

A continuación se muestra la varianza total explicada de los ítems de la dimensión seguridad:

Del 100% de la dimensión seguridad estudiada, el componente 1, explica dicho fenómeno en un 64,982% de la varianza.

Tabla 14. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,199	64,982	64,982	5,199	64,982	64,982
2	,566	7,074	72,056			
3	,511	6,392	78,448			
4	,411	5,134	83,581			
5	,361	4,516	88,097			
6	,351	4,387	92,484			
7	,326	4,074	96,558			
8	,275	3,442	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Al desarrollar el análisis factorial por componentes principales, se encuentra un solo Componente, como lo muestra la tabla Matriz de componentes, donde las cargas de todos los elementos son superiores a 0,6. Lo cual reafirma la validez de la investigación.

Tabla 15. Matriz de Componentes

	Componente
	1
S1	,782
S2	,822
S3	,819
S4	,808
S5	,780
S6	,836
S7	,823
S8	,777

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 1 Componentes Extraídos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16: Estadísticos de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,922	8

Fuente: Elaboración propia.

Con la finalidad de garantizar la máxima fiabilidad de las escalas propuestas se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach.

“Como se puede observar en esta dimensión, la escala presenta un coeficiente de Alpha de Cronbach superior al valor de 0,7, considerado nivel de fiabilidad adecuado para contrastar relaciones causales (Nunnally, 1978)”. (Nunnally y Bernstein, 1994). Para la dimensión de seguridad, el promedio de los 8 elementos del Alfa de Cronbach es de 0. 922, está por encima del nivel que establece Hair, et, al, que tiene como promedio aceptable 0,70.

Coeficiente Alpha de Cronbach

El coeficiente Alfa de Cronbach (1951); es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Entre las ventajas de esta medida se encuentra la posibilidad de evaluar cuánto mejoraría o empeoraría la fiabilidad de la prueba si se excluyera un determinado ítem.

El coeficiente Alfa de Cronbach mide la confiabilidad a partir de la consistencia interna de los ítems, entendiéndose el grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre sí. El Alfa de Cronbach varía entre 0 y 1 (0, es ausencia total de

consistencia y 1 es consistencia perfecta). No existe un acuerdo de cuál es el valor de corte, sin embargo, de 0.7 en adelante es aceptable.

Tabla 17: Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
S1	25,15	37,521	,711	,914
S2	25,50	38,571	,759	,911
S3	25,46	38,429	,754	,911
S4	25,40	38,164	,740	,912
S5	25,42	39,341	,708	,914
S6	25,45	37,446	,776	,909
S7	25,33	36,643	,762	,910
S8	25,57	38,457	,707	,914

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la tabla de estadísticos total - elemento (tabla número tal), el Alfa de Cronbach, no mejora eliminando ningún elemento.

En cualquier caso, la fiabilidad Alpha de una escala puede ser mejorada eliminando aquellos ítems cuya correlación con el resto de indicadores de la escala sea menor a un cierto umbral establecido.

En este caso se consideró el planteamiento de Norusis, (1993) “que establece en 0,3 el nivel mínimo aceptado para este tipo de análisis”. Torres y Lastra, (2008). En esta etapa no fue necesario eliminar indicadores de las escalas propuestas. (p. 724).

Dimensión Fiabilidad

Se define como la habilidad para realizar el servicio prometido en forma fiable y precisa. Parasuraman, et al, (1988). (Duque y Chaparro, 2012. p. 167)

Tabla 18: Comunalidades

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
F9	1,000	,699
F10	1,000	,537
F11	1,000	,722
F12	1,000	,704

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Las Comunalidades son adecuadas en el análisis, porque están por encima de 0. 6, exceptuando el ítem número 10, que aunque está por debajo del valor de referencia, su extracción es muy cercana.

Del 100% de la dimensión fiabilidad estudiada, el componente 1, explica dicho fenómeno en un 66,548% de la varianza total explicada.

A continuación se muestra la varianza total explicada de los ítems de la dimensión fiabilidad.

Tabla 19: Varianza Total explicada

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,662	66,548	66,548	2,662	66,548	66,548
2	,595	14,878	81,427			
3	,402	10,051	91,477			
4	,341	8,523	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

El valor óptimo para asegurar la validez de una escala debe ser por encima de 0,6, por lo tanto la varianza total explicada para la dimensión fiabilidad, presenta un valor óptimo, al desarrollar el análisis factorial por componentes principales, se encuentra un solo componente, donde las cargas de todos los elementos (F9, F10, F11, F12), son superiores a 0,6, Siguiendo las recomendaciones de Bagozzi y Yi, (1988), (Muñiz et al., 2006, p. 85).

Como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 20: Matriz de Componentes
Matriz de Componentes

	Componente
	1
F9	,836
F10	,733
F11	,850
F12	,839

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 1 componentes extraídos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21: Estadísticos de Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,825	4

Fuente: Elaboración propia.

Muñiz, et al., (2006), “Para la dimensión de fiabilidad, el promedio de los cuatro elementos del Alpha de Cronbach es de 0,825, superior al valor de 0,7, considerado nivel de fiabilidad adecuado para contrastar relaciones causales Nunnally, 1978. Nunnally y Bernstein, (1994)” (p. 85).

Tabla 22: Estadísticos total – elemento

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
F9	10,76	6,076	,675	,768
F10	10,93	6,531	,556	,827
F11	10,73	6,826	,704	,760
F12	10,71	6,636	,691	,762

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la tabla de estadísticos total elemento (tabla número 22), el Alfa de Cronbach, mejora eliminando un elemento. El análisis demuestra, que las variables están por encima de 0, 7, considerados niveles adecuados de fiabilidad, por ser el valor de referencia,

Dimensión Empatía

Duque y Chaparro, (2012), “Es el cuidado, la atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes. Parasuraman et al, (1988), p. 23”. (p. 167)

Tabla 23: Comunalidades

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
EMP13	1,000	,626
EMP14	1,000	,682
EMP18	1,000	,695
EMP19	1,000	,541

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Las Comunalidades son adecuadas en el análisis, porque están por encima de 0. 6, exceptuando el ítem EMP19, que aunque está por debajo del valor de referencia, su extracción es muy cercana. Se consideran niveles adecuados

A continuación se muestra la varianza total explicada de los ítems de la dimensión empatía:

Del 100% de la dimensión empatía estudiada, el componente 1, explica dicho fenómeno en un 66,548% de la varianza total explicada, según la tabla número 24.

Tabla 24: Varianza total explicada

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,662	66,548	66,548	2,662	66,548	66,548
2	,595	14,878	81,427			
3	,402	10,051	91,477			
4	,341	8,523	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Muñiz et al., (2006), “Al desarrollar el análisis factorial por componentes principales, se encuentra un solo componente, donde las cargas de todos los elementos son superiores a 0,6, Siguiendo las recomendaciones de Bagozzi y Yi, (1988)”, como lo muestra la tabla número 25 del análisis realizado. (p. 85).

Tabla 25: Matriz de Componentes

Componente	Componente
	1
EMP13	,791
EMP14	,826
EMP18	,833
EMP19	,736

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 1 componentes extraídos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 26: Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	4

Fuente: Elaboración propia.

Muñiz, et, al, (2006), “Para la dimensión de empatía, el promedio de los cuatro elementos del Alpha de Cronbach es de 0,804, superior al valor de 0,7, considerado nivel de fiabilidad adecuado para contrastar relaciones causales Nunnally, (1978). Nunnally y Bernstein, (1994)”. (p. 85).

Tabla 27: Estadísticos total – elemento

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
EMP13	10,73	8,051	,612	,763
EMP14	10,67	7,290	,657	,737
EMP18	10,83	6,080	,678	,731
EMP19	10,69	7,698	,559	,782

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la tabla de estadísticos total - elemento (tabla número tal), el Alfa de Cronbach mejora al eliminar el elemento. Para todos los casos supera el valor de referencia de 0,7.

Dimensión Tangibilidad

Se refiere a las instalaciones físicas, equipos y aspecto del personal. (Parasuraman, et al, 1988, P. 23).

Tabla 28: Comunalidades

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
TAN15	1,000	,761
TAN16	1,000	,714
TAN17	1,000	,741

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Las Comunalidades para todas las cargas son adecuadas en el análisis, porque están por encima de 0. 6. que es el valor de referencia.

El porcentaje acumulado de la dimensión Tangibilidad, de la extracción de la varianza total explicada, corresponde a 73,873. Que representan un nivel óptimo de la misma. Como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 29: Varianza total explicada

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,216	73,873	73,873	2,216	73,873	73,873
2	,425	14,169	88,042			
3	,359	11,958	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Al desarrollar el análisis factorial por componentes principales, se encuentra un solo componente, donde las cargas de todos los elementos son superiores a 0,6. Siguiendo las recomendaciones de la literatura existente sobre el tema.

Tabla 30: Matriz de Componentes

Matriz de componentes ^a	
	Componente
	1
TAN15	,872
TAN16	,845
TAN17	,861

Método de extracción:
Análisis de componentes
a. 1 componentes extraídos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 31: Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,820	3

Fuente: Elaboración propia.

Para la dimensión de Tangibilidad, el promedio de los 3 elementos del Alfa de Cronbach es de 0. 820, siendo adecuados, porque se encuentran por encima de 0,7, que es el valor de referencia adecuado.

Tabla 32: Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
TAN15	7,23	4,142	,698	,731
TAN16	7,46	3,712	,655	,779
TAN17	7,20	4,120	,677	,750

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la tabla de estadísticos total - elemento (tabla número tal), el Alfa de Cronbach mejora al eliminar el elemento. Al aumentar sus valores significativamente; (TAN15) de 0,698 a 0,731, (TAN16) de 0,655 a 0,779 y (TAN17) de 0,677 a 0,750.

Considerados niveles de fiabilidad adecuados para contrastar relaciones causales

Dimensión: Capacidad De Respuesta

Duque y Chaparro, (2012) “Se define como la disposición para ayudar a los clientes y proporcionar rápido servicio. Parasuraman et al., (1988), p. 23”. (p. 167).

Tabla 33: Comunalidades

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
CR20	1,000	,762
CR21	1,000	,807
CR22	1,000	,687

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Las Comunalidades son adecuadas en el análisis, porque están por encima de 0. 6. Como lo muestra la tabla anterior.

El porcentaje acumulado total de la dimensión capacidad de respuesta, de la extracción, de la varianza total explicada, corresponde a 75,196%. Que representan un nivel óptimo de la misma. Como lo muestra la siguiente tabla de la dimensión:

Tabla 34: Varianza total explicada

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,256	75,196	75,196	2,256	75,196	75,196
2	,459	15,286	90,482			
3	,286	9,518	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Al desarrollar el análisis factorial por componentes principales, se encuentra un solo componente, donde las cargas de todos los elementos son superiores a 0,6., como lo muestra la tabla número 35.

Tabla 35: Matriz de componentes

Matriz de Componentes	
	Componente
	1
CR20	,873
CR21	,898
CR22	,829

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 1 componentes extraídos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 36: Estadísticos de Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,830	3

Fuente: Elaboración propia.

Para la dimensión de fiabilidad, el promedio de los 3 elementos del Alfa de Cronbach es de 0. 830. Siendo adecuados,. Como lo muestra la tabla número 36.

Tabla 37: Estadísticos total – elemento

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CR20	6,63	5,059	,698	,760
CR21	6,42	5,731	,751	,715
CR22	6,61	5,636	,632	,822

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la tabla de estadísticos total - elemento (tabla número 38), el Alfa de Cronbach mejora al eliminar el elemento. Para la escala total, se tiene:

Tabla 38: Comunalidades

	Inicial	Extracción
S1	1,000	,644
S2	1,000	,701
S3	1,000	,683
S4	1,000	,675
S5	1,000	,609
S6	1,000	,710
S7	1,000	,678
S8	1,000	,594
F9	1,000	,607
F10	1,000	,452
F11	1,000	,661
F12	1,000	,702
EMP13	1,000	,618
EMP14	1,000	,718
TAN15	1,000	,578
TAN16	1,000	,605
TAN17	1,000	,593
EMP18	1,000	,655
EMP19	1,000	,566
CR20	1,000	,757
CR21	1,000	,718
CR22	1,000	,527

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se muestra el cálculo de la varianza extraída de la fiabilidad compuesta de la escala original y de la escala depurada.

Las Comunalidades de la escala total, son adecuadas en el análisis, porque de los 22 ítems, 17 están por encima de 0. 6. Excepto (S8, F10, TAN15, TAN17, EMP19).

Para calcular la fiabilidad compuesta, se tuvo en cuenta la escala original y la escala depurada, la cual la muestra la siguiente tabla:

Tabla 39: Cálculo de la varianza extraída y de la fiabilidad compuesta – escala original

Variable	Escala Original			Escala depurada Final		
	Alpha de Cronbach	Varianza Extraída	Fiabilidad Compuesta	Alpha de Cronbach	Varianza Extraída	Fiabilidad Compuesta
SEGURIDAD	0,92	0,81	0,68	0,92	0,79	0,66
FIABILIDAD	0,83	0,58	0,52	0,83	0,73	0,68
EMPATIA	0,80	0,54	0,48	0,78	0,78	0,76
TANGIBILIDAD	0,82	0,86	0,84	0,82	0,80	0,77
CAPACIDAD DE RESPUESTA	0,83	0,65	0,60	0,83	0,82	0,78
Bondad de ajuste	S-B χ^2 (204)=398,7058 p=0,0			S-B χ^2 (184)=344,7512 p=0,00		
	MFI=0,783 NFI=0,889			MFI=0,818 NFI=0,901		
	RMSEA= 0,049			RMSEA= 0,047		
	CFI=0,942 IFI=0,943 NNFI=0,935			CFI=0,95 IFI=0,951 NNFI=0,943		
	S-B χ^2 /g.l.= 1,9544			S-B χ^2 /g.l.= 1,8736		

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los resultados de la tabla número tal, se puede comparar la fiabilidad una vez depurada la escala son adecuados, porque están por encima de 0,6. Que es el valor de referencia.

Análisis de la validez de una escala

Validez de construcción

Se hizo un pretest con una prueba test Retest, donde se comprobó que las dimensiones eran similares para las dos muestras, de igualmente, dado que se parte la escala de parasuraman, Ziethaml y Berry, hay validez de construcción.

Validez convergente

La validez convergente puede analizarse a través de los coeficientes de regresión factorial estandarizados entre el conjunto de variables explicativas de la escala y su correspondiente variable latente de saturación.

En la siguiente tabla se muestra, la carga factorial de cada una de las dimensiones y sus ítems, tanto para el modelo original como para el modelo depurado. Para el caso del modelo depurado, se muestra adicionalmente la significatividad, a través de la prueba t de student.

Tabla 40: Análisis confirmatorio de la Validez Convergente

Variable	Ítems	Escala Original		Escala depurada Final		
		λ	R^2	λ	R^2	t
Seguridad	S1	0,747	0,441	0,746	0,444	**
	S2	0,786	0,381	0,784	0,384	18,145**
	S3	0,791	0,392	0,790	0,376	18,353**
	S4	0,769	0,349	0,770	0,407	18,107**
	S5	0,743	0,306	0,746	0,444	15,750**
	S6	0,806	0,423	0,808	0,347	15,743**
	S7	0,800	0,411	0,799	0,361	16,691**
	S8	0,753	0,321	0,753	0,433	15,334**
Fiabilidad	F9	0,780	0,259	0,780	0,392	**
	F10	0,614	0,856	0,614	0,624	12,638**
	F11	0,793	0,328	0,793	0,371	15,972**
	F12	0,791	0,834	0,791	0,375	13,457**
EMPATIA	EMP13	0,749	0,612	0,753	0,433	**
	EMP14	0,808	0,990	0,813	0,340	16,681**
	EMP18	0,761	0,213	0,751	0,436	13,772**
	EMP19	0,590	0,651			
TAN	TAN15	0,763	0,227	0,768	0,411	**
	TAN16	0,774	0,371	0,771	0,404	15,318**
	TAN17	0,797	0,310	0,796	0,366	15,093**
CR	CR20	0,820	0,379	0,817	0,333	**
	CR21	0,870	0,413	0,872	0,240	17,566**
	CR22	0,689	0,854	0,723	0,523	13,962**
Bondad de ajuste	S-B χ^2 (204)=398,7058 p=0,0		S-B χ^2 (184)=344,7512 p=0,00			
	MFI=0,783 NFI=0,889		MFI=0,818 NFI=0,901			
	RMSEA= 0,049		RMSEA= 0,047			
	CFI=0,942 IFI=0,943 NNFI=0,935		CFI=0,95 IFI=0,951 NNFI=0,943			
	S-B χ^2 /g.l.= 1,9544		S-B χ^2 /g.l.= 1,8736			

Fuente: Elaboración propia.

Dado que todos los resultados son significativos, se da la validez convergente de la escala propuesta. Con cargas factoriales superiores a 0. 6.

A continuación se pasa a probar la **validez discriminante** a través del contraste de la varianza extraída contra la correlación al cuadrado de las dimensiones. Observable en la siguiente tabla:

Tabla 41: Test de la varianza extraída para la validez discriminante

TEST DE LA VARIANZA EXTRAIDA PARA LA VALIDEZ DISCRIMINANTE						
VARIANZA EXTRAIDA vs CORRELACION AL CUADRADO		S	F	EMP	TAN	CR
		0,788744718	0,731803577	0,78433587	0,795816912	0,815354077
S	0,788744718	1	0,556516	0,632025	0,541696	0,454276
F	0,731803577	0,556516	1	0,633616	0,485809	0,385641
EMP	0,78433587	0,632025	0,633616	1	0,654481	0,485809
TAN	0,795816912	0,541696	0,485809	0,654481	1	0,412164
CR	0,815354077	0,454276	0,385641	0,485809	0,412164	1

Fuente: Elaboración propia.

En todos los casos la varianza extraída es superior a la correlación al cuadrado de las dimensiones, por tanto se prueba la validez discriminante, como lo muestra el cuadro anterior. (Tabla número xx), y lo definen Fornell y Larcker (1981); proponen que existe validez discriminante entre dos variables latentes, si la varianza compartida (R^2_{XY}) entre pares de constructos es menor que la varianza extraída (p_{vc}) para cada constructo individual.

En lo general, estos resultados justifican la dimensionalidad y la validez convergente y discriminante de la escala.

Ratificadas la fiabilidad, la validez convergente y discriminante quedan evaluadas las propiedades psicométricas del instrumento de medida satisfactoriamente.

Análisis de la validez nomológica

Luján y Garcia, (2011), “La validez nomológica se refiere a si las dimensiones medidas a través de un determinado instrumento se relacionan tal y como se hipotetiza con otras medidas de constructos teóricamente relacionados”. Li, 1999; Messick, 1980. (p. 402). Se observa en la siguiente tabla de correlaciones.

Tabla 42: Correlaciones

		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	F9	F10	F11	F12	EMP13	EMP14	TAN15	TAN16	TAN17	EMP18	EMP19	CR20	CR21	CR22
S1	P Correlation	1	,618	,617	,596	,498	,554	,621	,546	,504	,340	,497	,439	,489	,530	,483	,490	,558	,550	,440	,498	,505	,396
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400
S2	P Correlation	,618	1	,645	,647	,593	,619	,620	,553	,550	,430	,522	,470	,521	,523	,433	,485	,514	,552	,454	,483	,508	,428
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400
CR20	P Correlation	,498	,483	,491	,456	,437	,425	,545	,516	,480	,399	,437	,503	,446	,523	,490	,539	,517	,657	,550	1	,706	,557
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400
CR21	P Correlation	,505	,508	,474	,494	,469	,512	,550	,591	,496	,436	,511	,502	,513	,528	,526	,549	,518	,593	,508	,706	1	,617
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400
CR22	P Correlation	,396	,428	,383	,399	,424	,380	,468	,468	,336	,384	,391	,404	,426	,413	,400	,386	,372	,433	,367	,557	,617	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399	399

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

. Correlation is not significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fuente: Elaboración propia.

Las correlaciones entre las variables del estudio son significativas.

En el presente estudio se tiene validez nomológica; dado que las variables tienen correlación entre sí, pero su relación no es exageradamente alta.

4. CONCLUSIONES

Los cambios introducidos en el sector salud, dados a conocer a través de las reformas a la ley 100 de 1993, y de forma especial el hecho de considerar al paciente, centro de atención de los procesos, obliga a considerar en el análisis de la calidad de los servicios, la percepción de los usuarios.

Desde el Marketing de servicios es importante dar a conocer los atributos que los usuarios utilizan para definir lo que es la calidad y los instrumentos desarrollados para medir la calidad percibida de los servicios.

El presente estudio, tiene como objetivo Medir la Percepción de la calidad del servicio en los centros asistenciales del departamento del Chocó.

La metodología empleada para la construcción del instrumento de medida y la comprobación empírica de su fiabilidad y validez, estuvo basada en la literatura existente sobre este tema.

Esta investigación se desarrolló utilizando el modelo SERVPERF, para medir la calidad percibida del servicio en los centros asistenciales, los ítems propuestos fueron

agrupados en las 5 dimensiones dadas a conocer por Parasuraman, et. al. (1988), que son: Tangibilidad, fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad y Empatía.

El instrumento de medida utilizado, se construyó con base a la escala Servperf, propuesta por Cronin y Taylor, (1992).

En la etapa de observación se llevó a cabo la recolección de datos, por medio del diligenciamiento de 400 cuestionarios, propuesto en la estructuración metodológica, diligenciados en los centros asistenciales durante cuatro semanas, por dos encuestadoras, durante el mes de marzo de 2013.

A pesar de la consistencia interna o fiabilidad del modelo propuesto, se ha realizado correctamente el logro de los valores alfa de Cronbach, superiores a los valores recomendados de la literatura existente, (seguridad: 0,922, Capacidad de Respuesta: 0,830, Fiabilidad: 0,825, Tangibilidad: 0,820, Empatía: 0,804.

Los resultados de la validez convergente: Con cargas factoriales superiores a 0.6, Según lo establecido por Hair et al., (1999) y (Anderson y Gerbing, 1988), validez discriminante: Donde todos los casos la varianza extraída es superior a la correlación al cuadrado de las dimensiones, por tanto se prueba la validez discriminante, como lo definen Fornell y Larcker (1981); y validez nomológica, se da, porque las variables tienen correlación entre sí, pero su relación no es exageradamente alta.(Li,199,

Messick, 1980), Resultaron satisfactorios, los cuales estuvieron en las escalas adecuadas, de acuerdo a la literatura vigente:

Para comprobar la validez de construcción en el estudio; Se hizo un pretest con una prueba test Retes, donde se comprobó que las dimensiones eran similares para las dos muestras, de igualmente, dado que se parte la escala de Parasuraman, Ziethaml y Berry, los resultados fueron óptimos.

De acuerdo con los resultados Psicométricos de este estudio, se puede decir que la escala propuesta para medir la calidad del servicio en los centros asistenciales del Departamento del chocó, desde las perspectiva de los usuarios, presenta un buen grado de fiabilidad y validez de constructo, con evidencia empírica para medir la calidad percibida del servicio en los centros asistenciales, Además como una contribución agregada de la investigación, las dimensiones que caracterizan el servicio fueron determinadas, también se verificó que la calidad percibida del servicio es un constructo multidimensionalidad. Cumpliéndose así en su totalidad los objetivos metodológicos planteados.

Las dimensionadas encontradas en este trabajo de investigación, señalan que las que tienen mayor incidencia en la percepción de los usuarios de los centros asistenciales del departamento del Chocó son: **seguridad**, que arrojó un Alfa de Cronbach de 0,922, por encima de los otros factores, lo que quiere decir que los usuarios le dan mucha importancia al conocimiento y la cortesía en la atención recibida

por el personal médico y su capacidad para inspirar seguridad. Lo cual debe ayudar a orientar la gestión de los centros asistenciales a mejorar integralmente, la calidad de la atención médica, haciendo énfasis en este aspecto, para satisfacer los deseos necesidades y expectativas de los usuarios y establecer mecanismos para fidelizar los mismos. Seguido de la dimensión **capacidad de Respuesta**, con un Alpha de Cronbach de 0,830, la dimensión Fiabilidad, con un Alpha de Cronbach de 0,825, Tangibilidad con un Alpha de Cronbach de 0,820 y por ultimo Empatía, con un Alfa de Cronbach de 0,804, dimensión a la cual le dan menos importancia los usuarios a la hora de percibir la calidad de los servicios en centros asistenciales.

Lo que quiere decir que los usuarios le dan menos importancia al cuidado, la atención individualizada que proporcionan a sus usuarios. Situación que debe ser estudiada con detenimiento y análisis por parte de los administradores de los centros asistenciales.

La dimensión capacidad de respuesta, se muestra relevante e importante para los pacientes de los centros asistenciales del chocó, o sea que los usuarios también le dan importancia a la disposición para ayudar a los clientes y proporcionar rápido servicio, dado los resultados obtenidos en el análisis realizado.

La dimensión Empatía, es la que arroja el peso más bajo(0,804), entre todas las dimensiones, lo cual permite demostrar según este estudio, que los usuarios de servicios de salud en el Departamento del Chocó, le dan menos importancia a la

atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes, a la hora de medir la calidad de estos servicios.

De otro lado los gerentes de los centros asistenciales, deben tener presente que la Seguridad es la dimensión que mejor perciben los usuarios en la predicción de las evaluaciones de calidad del servicio realizadas en este estudio.

Según los resultados de esta investigación; los administradores de servicios de salud, pueden orientar una política de calidad con el objeto de asegurar una mejor prestación de los servicios a los usuarios de los centros asistenciales del Departamento del Chocó.

Los gerentes deberán prestar una especial atención a aquellos elementos que resulten ser relevantes, dada su capacidad para satisfacer las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios de servicios de salud, asegurando una eficiente prestación de los mismos.

La misma manera contribuye a que los gerentes comprendan la capacidad que poseen cada uno de los atributos del servicio a la hora de determinar la calidad percibida por los usuarios. Dicho conocimiento puede hacer posible una eficiente planeación y una adecuada toma de decisiones, para convertir estas empresas en organizaciones sostenibles.

La presente investigación no se puede generalizar a todos los centros asistenciales, Para lo cual se debe hacer un estudio más amplio, o sea que incluya la medición de más centros de salud y con mayor tiempo.

Esta investigación coincide en parte con los trabajos desarrollados por; Deán (1999); identifica como dimensiones importantes en salud; la seguridad, la tangibilidad, la empatía, la fiabilidad, la capacidad de respuesta. Wong (2002); propone la capacidad de respuesta, la empatía y la seguridad.

Para futuras líneas de investigación se debe incluir todo el personal, y gerentes de los centros asistenciales, los cuales por su experiencia y contacto directo con los pacientes, pueden hacer grandes aportes, para mejorar la calidad de los servicios asistenciales, a efectos de valorar los factores que más influyen en la formación de la percepción de calidad de estos servicios, y así tener una visión más amplia de este tema, al abordar la investigación desde diferentes puntos de vista; de los usuarios, gerentes de los centros asistenciales y los profesionales de la salud.

A más corto plazo, la investigación futura se dirige al estudio de la relación causa-efecto entre los constructos: calidad percibida de la atención recibida y percepción global de los usuarios. Haciendo la confirmación de los modelos de medida de estos constructos, mediante análisis factorial confirmatorio.

El estudio se realizó en : Hospital Departamental Sanfrancisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó, Clínica Comfachocó, clínica de Caprecom y Clínica Vida, apoyado en técnicas de recolección de fuentes secundarias en internet, libros, revistas, journals, documentos académicos, tesis de maestrías y de Doctorados.

En conclusión las 5 dimensiones estudiadas, dieron un niveles óptimos, acorde con las teorías desarrolladas por autores como: (Nunnally, 1978). Y otros autores que han escrito sobre medición de la calidad del servicio.

Con estos resultados ponemos a disposición de la comunidad científica, que trata estos temas, de un cuestionario valido y eficaz, para medir la calidad de los servicios en centros asistenciales.

5. RECOMENDACIONES Y REFLEXIONES

Para profundizar los resultados se sugiere complementar estudios de tipo Cualitativo, que permitan levantar información para mayor conocimiento, con relación a Calidad percibida y satisfacción de los usuarios en la atención de salud.

Incorporar a través de un Buzón de sugerencias, la evaluación de los usuarios respecto de su satisfacción y la calidad percibida en la atención de los servicios de salud, para que a través de estas mediciones logren mejorar la gestión administrativa en salud, con el objetivo de ofrecer un servicio acorde con los deseos, necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios.

Mediante el presente estudio de investigación, se detectan los principales elementos o factores que mayor influencia tienen en las distintas dimensiones de calidad percibida por los usuarios de los centros asistenciales, siendo importante profundizar en su estudio e intentar aplicar los resultados en la gestión de la salud de nuestras instituciones, para garantizar la eficiencia de la misma.

ANEXO A: ENCUESTA PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL CHOCÓ



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN

Encuesta para medir la percepción de calidad de la atención en salud En los centros asistenciales de Quibdó

Apreciado usuario, la Maestría en Administración de la Universidad Nacional de Colombia, está desarrollando un estudio para conocer la percepción sobre los servicios que prestan los centros de salud en el municipio de Quibdó. La información que se obtenga es confidencial y no se publicará de manera individual sino agregada. Sus datos no se suministrarán a nadie y se utilizarán solo para asuntos académicos. Agradecemos su amable colaboración.

En referencia a las siguientes características de la atención recibida en su centro de salud, por favor señale con una X su opinión en relación con las siguientes afirmaciones, asignando el número de 0 a 5, que mejor represente su opinión, donde:

0= Total desacuerdo y 5 = Total acuerdo

1. Genero _____ 3. Nivel de Estudios _____
Masculino _____ Femenino _____
2. Edad _____

P1. Preparación de los médicos para atender a los problemas de salud de los pacientes (conocimientos, habilidades y experiencia)	0	1	2	3	4	5
P2. Confianza transmitida por los médicos	0	1	2	3	4	5
P3. Realización del servicio correctamente a la primera por parte del medico	0	1	2	3	4	5
P4. Claridad con que el medico informa al paciente	0	1	2	3	4	5
P5. Seguimiento individualizado por el médico de cada paciente	0	1	2	3	4	5
P6. Amabilidad de los médicos	0	1	2	3	4	5
P7. Interés demostrado por los médicos para solucionar el problema de salud de los pacientes.	0	1	2	3	4	5
P8. Disposición de los médicos para prestar el servicio de inmediato	0	1	2	3	4	5
P9. Amabilidad del personal de enfermería	0	1	2	3	4	5
10. Amabilidad del personal no asistencial (información, administración etc.)	0					
P11. Preparación del personal de enfermería	0	1	2	3	4	5
P12. Preparación del personal administrativo del centro asistencial	0	1	2	3	4	5
P13. Coordinación entre el personal asistencial	0	1	2	3	4	5
P14. Tiempo dedicado por el personal asistencial	0	1	2	3	4	5
P15. Apariencia del equipo medico	0	1	2	3	4	5
P16. Aspecto de las instalaciones	0	1	2	3	4	5
P17. Aspecto físico del personal	0	1	2	3	4	5
P18. Facilidad de trámites y papeles	0	1	2	3	4	5
P19. Facilidad de acceso al servicio (horarios, cercanía del centro, aparcamientos, etc.)	0	1	2	3	4	5
P20. Tiempo transcurrido para dar una cita	0	1	2	3	4	5
P21. Tiempo transcurrido para realizar pruebas complementarias (análisis, radiografías etc.)	0	1	2	3	4	5
P22. Tiempo transcurrido para ser intervenido quirúrgicamente	0	1	2	3	4	5

Cuestionario SERPERF, adaptado (22 ítems)

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO B: INSTRUMENTO ORIGINAL

Por favor valore las siguientes características de la atención recibida en su centro de salud.
 Marque con una X.....(1=peor valoración7=mejor valoración)

P1. - Preparación de los médicos para atender a los problemas de salud de los pacientes (conocimientos, habilidades y experiencia).	1	2	3	4	5	6	7
P2. - Confianza transmitida por los médicos.	1	2	3	4	5	6	7
P3. - Realización del servicio correctamente a la primera por parte del médico.	1	2	3	4	5	6	7
P4. - Claridad con que el médico informa al paciente.	1	2	3	4	5	6	7
P5. - Seguimiento individualizado por el médico de cada paciente.	1	2	3	4	5	6	7
P6. - Amabilidad de los médicos.	1	2	3	4	5	6	7
P7. - Interés demostrado por los médicos para solucionar el problema de salud de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
P8. - Disposición de los médicos para prestar el servicio de inmediato.	1	2	3	4	5	6	7
P9. - Amabilidad del personal de enfermería.	1	2	3	4	5	6	7
P10. - Amabilidad del personal no sanitario (información, administración, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
P11. - Preparación del personal de enfermería.	1	2	3	4	5	6	7
P12. - Preparación del personal no sanitario (administrativos).	1	2	3	4	5	6	7
P13. - Coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada).	1	2	3	4	5	6	7
P14. - Tiempo dedicado por el personal sanitario.	1	2	3	4	5	6	7
P15. - Apariencia del equipo médico.	1	2	3	4	5	6	7
P16. - Aspecto de las instalaciones.	1	2	3	4	5	6	7
P17. - Aspecto físico del personal.	1	2	3	4	5	6	7
P18. - Facilidad de trámites y papeles.	1	2	3	4	5	6	7
P19. - Facilidad de acceso al servicio (horarios, cercanía del centro, aparcamientos, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
P20. - Tiempo transcurrido para dar una cita.	1	2	3	4	5	6	7
P21. - Tiempo transcurrido para realizar pruebas complementarias (análisis, radiografías, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
P22. - Tiempo transcurrido para ser intervenido quirúrgicamente.	1	2	3	4	5	6	7

Figura 1 Cuestionario SERVPERF adaptado (22 ítems).

Fuente: Gómez-Besteiro, M. I., Somoza-Digón, J., Einöder-Moreno, M., Jiménez-Fraga, M. N., Castiñeira-Pereira, S., & Feijoo-Fuentes, M. L. (2012). Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña. *Enfermería Clínica*, 22(4), 182-190.

6. BIBLIOGRAFÍA

- A. Parasuraman, VA Zeithaml, LL Berry (1988) "Alternative scales for measuring service quality: A comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria". Journal of Retailing Volume 70, Issue 3, Autumn 1994, pp. 201–230. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022435994900337>
- BAGOZZI, R. Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error: a comment. Journal of Marketing Research. v. 18, p. 375 - 381, 1981. Recuperado de: <http://www.cob.unt.edu/slides/Paswan/BUSI6280/bagozzi1981.pdf>
- Bustamante, Órdones, (2003). Análisis de la Percepción Sobre la Satisfacción de los Usuarios en el Hospital Regional de Valdivia. Tesis De Grado. Universidad Austral de Chile. p. 10. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/feb982a/doc/feb982a.pdf>.
- C. Fornell, and D. Larcker, Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error," Journal of Marketing Research, vol. 18, pp. 39-50, 1981. Recuperado de: <https://faculty-gsb.stanford.edu/larcker/PDF/6%20Unobservable%20Variables.pdf>

Carman, J.M. (1990) "Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions". Journal of Retailing, Vol. 66(1), 1990, pp. 33-55.

Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-24205-001>

Colmenares, O. y Saavedra. (2007).Aproximación Teórica de los Modelos Conceptuales de la Calidad del Servicio. Revista Ciencia y Técnica Administrativa. Argentina. Vol.6 No.4. p.3. Recuperado de:

<http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>

Cronbach, L. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16, 297- 334. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02310555#page-1>

Decreto 1011 del 03 de Abril de 2006. Presidencia de la Republica de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

Decreto 2309 de Octubre 15 de 2002, Presidencia de la República de Colombia.

Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6829>

Decreto 2309/2002, del 15 De Octubre De 2002, Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Presidencia de la Republica de Colombia.

Recuperado de:

<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/ayudas/decretos/decreto2309-02.pdf>

Díaz, Rocío, (2005), La calidad percibida en la sanidad pública. Rev. Calidad Asistencial. 20 (1):35-42. Departamento de Economía y Administración de Empresas. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

Duarte, José Luis, Calidad de servicio, (Revisión de Corrientes Principales y Propuestas para Investigación Futura), Universidad Autónoma de Barcelona. p.

6. Recuperado de:

<http://www.keisen.com/documentos/Corrientes%20de%20Calidad%20en%20Servicio.pdf>

Duque, E.J. (2005): "Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus modelos de Medición". Revista Innovar (15) 025, 64-80. p. 2. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: Bogotá, Colombia.
<http://www.redalyc.org/pdf/818/81802505.pdf>.

Duque, E.J. (2005): "Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus modelos de Medición". Revista Innovar (15) 025, 64-80. p. 7,12. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/818/81802505.pdf>

Duque, J. y Mercado, M., 2011. Medición de la Calidad percibida del Servicio de Control de Tránsito Aéreo. Revista Innovar Vol. 21 No. 41. p. 7. Recuperado de:
<http://www.ciudadgestion.co/administracion/medicion-de-la-calidad-percibida-del-servicio-de-control-de-transito-aereo/>

Edison Jair Duque Oliva, César Ramiro Chaparro Pinzón (2012) "Medición de la percepción de la calidad del servicio de educación por parte de los estudiantes de la UPTC Duitama". Recuperado de:
<http://criteriolibre.unilibre.edu.co/index.php/clibre/article/view/94>

Gaviria, H. A. M. (2011). La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa. Investigación y Educación en Enfermería, 29(1), 77-86. Recuperado de: <file:///C:/Users/CORDOBA/Downloads/Dialnet-LaCalidadDeLaAtencionEnSaludMasAllaDeLaMiradaTecni-3731906.pdf>

Gómez-Besteiro, M. I., Somoza-Digón, J., Einöder-Moreno, M., Jiménez-Fraga, M. N., Castiñeira-Pereira, S., & Feijoo-Fuentes, M. L. (2012). Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña.

Enfermería Clínica, 22(4), 182-190. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.004> Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862112000514>

Grönroos (1990) Relationship approach to marketing in service contexts: The marketing and organizational behavior interface. Journal of Business Research.

Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01482963> -

<http://faculty.mu.edu.sa/public/uploads/1360593395.8791service%20marketing70.pdf>

J. Joseph Cronin, Jr. and Steven A. Taylor (1992) "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension" Journal of Marketing Vol. 56, No. 3 (Jul., 1992),

pp. 55-68. Recuperado de:

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/1252296?uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=211041015>

62097

Jiménez, Rosa., (2004).Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una Mirada Actual. Revista Cubana de Salud Pública. V.30, n.1.

Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/spu04104.pdf

Kelinger y Lee, (2002); Investigación del Comportamiento, Métodos de Investigación en Ciencias Sociales, Cuarta Edición , Mc Graw Hill, Companies Inc, México D.F.

Recuperado de: <http://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2011/03/kerlinger-y-lee-cap-1.pdf>

Lastra Torres, J. (2008). Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. Rap–rio de Janeiro, 42(4), 719-34.

Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n4/a05v42n4.pdf>

Ley 100 de Diciembre 23 de 1993. República de Colombia - Gobierno Nacional.

Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

- Losada Otálora, Augusto Rodríguez, (2007), Calidad del Servicio de Salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing, Cuadernos de Administración, vol. 20, núm. 34, julio-diciembre, pp. 237-258, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/205/20503411.pdf>
- Luján, J. F. G., & Ferriol, Á. G. (2011). Escala de Percepción de Promoción del Bienestar para Entrenadores (EPPBE): Análisis inicial de sus propiedades psicométricas y validez. RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte, 7(26). Recuperado de: http://scholar.google.com.co/scholar?cluster=9461685689001647855&hl=es&as_sdt=0,5&scioldt=0,5
- Martinez et al., (2009) La Validez Discriminante como criterio de Evaluación de Escalas ¿teoría o estadística? Universitas Psychological, Vol. 8, No. 1, enero – abril, pp. 27 – 36. Pontificia Universidad Javeriana - Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168003>
- Muñiz, B. F., Peón, J. M. M., & Ordás, C. J. V. (2006). Desarrollo y validación de una escala de medición para el sistema de gestión de la seguridad laboral. Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa, 12(3), 77-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2741/274120074005.pdf>
- Nunnally, J.C. (1978); Psychometric theory, McGraw – Hill Book, Company, New York. Recuperado de: <http://psychology.concordia.ca/fac/kline/library/k99.pdf>
- Oliva, Edison Jair Duque, and César Ramiro Chaparro Pinzón. "MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE EDUCACIÓN POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE LA UPTC DUITAMA." Revista Criterio Libre 16.

Recuperado de: [file:///C:/Users/CORDOBA/Downloads/Dialnet-MedicionDeLaPercepcionDeLaCalidadDelServicioDeEduc-3966855%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CORDOBA/Downloads/Dialnet-MedicionDeLaPercepcionDeLaCalidadDelServicioDeEduc-3966855%20(1).pdf)

Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4), 41-50.

Recuperado de: <http://sistemas-humano-computacionais.wdfiles.com/local--files/capitulo%3Asistemas-de-servico/SERVQUAL.PDF>

Parasuraman, A.; Zeithaml, Valarie A.; Berry, Leonard L. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*.

Fall1985, Vol. 49 Issue 4, p41-50. 10 p. 2 Diagrams, 1 Chart. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00222429&AN=5001773&h=2Z22it%2bZmbH03vDzXaKxw89SjYgMhjWH2yV8IGMRG%2b4zfDCfEwon6LaafU8hcmJAMJu3gVNoCSyQA0BJCBZvDQ%3d%3d&crl=c>

Patrick Asubonteng, Karl J. McCleary, John E. Swan, (1996) "SERVQUAL revisited: a critical review of service quality", *Journal of Services Marketing*, Vol. 10 Iss: 6, pp. 62 – 81. Recuperado de:

<http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1509186&show=abstract>

Quivy, R. Campenhoudt, L. (2006). *Manual de investigación en ciencias sociales*. Editorial Limusa. Recuperado de:

<http://archivosociologico.files.wordpress.com/2010/07/manual-de-investigacion-en-ciencias-sociales-quivy-campenhoudt.pdf>

R. Kenneth Teas, (1994) "Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment", Vol. 58, No. 1 (Jan., 1994), pp. 132-139 *Journal of Marketing* © 1994 American Marketing Association.

Recuperado de: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1252257?uid=2&uid=4&sid=21104101562097>

Ramos, M., Pratts, M. F., González, M. D. L. C. B., Bernal, L. D. C. C., Jiménez, E. V., Flores, G. L., & Gutiérrez, R. C. (2004). Calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>

Torres, Eduardo; Manzur, Enrique; Olavarrieta, Sergio; Barra, Cristóbal. (2009). Análisis de la relación confianza-compromiso en la banca en internet. Revista Venezolana de Gerencia, Julio-Septiembre, 371-392. Vol. 14, No. 47 [citado 2014-06-09], pp. 371-392. Redalyc. Org. Universidad del Zulia, Venezuela. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29014477004.pdf>.

Torres, et, al, Análisis de la relación confianza-compromiso en la banca en internet. Revista Venezolana de Gerencia [online]. 2009, Vol.14, No.47 [citado 2014-06-09], pp. 371-392. Redalyc. Org. Universidad del Zulia, Venezuela.

Universidad de Málaga. Málaga. España. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13070532&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=256&ty=147&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=256v20n01a13070532pdf001.pdf.

Zeithaml, V., Berry, LL & Parasuraman, A. (1988). Communication and control processes in delivery of service quality. Journal of Marketing, 52, 35-48. Recuperado de: <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/Communication%20and%20Control%20Processes%20in%20the%20Delivery%20of%20Service%20Quality.pdf>