

LA CALIDAD ASISTENCIAL: CONCEPTO Y MEDIDA

María del Mar Villegas Perrián

Isabel María Rosa Díaz

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y MARKETING
UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Resumen: *En este trabajo presentamos las aportaciones más significativas relativas al concepto de calidad asistencial y los elementos o atributos que la definen. Para ello hemos realizado una rigurosa revisión bibliográfica. Abordamos la calidad como un concepto multidimensional que varía en función del enfoque adoptado y de la distinta preponderancia dada a cada una de las dimensiones genéricas por los tres grupos implicados en la asistencia: profesionales, usuarios y Administración. Hacemos especial hincapié en la calidad asistencial desde la perspectiva del paciente como pilar fundamental de la filosofía de gestión de la calidad total aplicada en el mundo sanitario.*

Palabras clave: *Calidad asistencial, satisfacción del paciente, calidad percibida, relación médico-paciente.*

I. Introducción

Cuando intentamos definir la calidad dentro de un contexto sanitario, desde un principio somos conscientes del gran número de posibles y legítimas definiciones que podemos plantear, en función del enfoque considerado (acto asistencial concreto, asistencia sanitaria recibida por un área de salud, población, etc.) y de los sujetos implicados (pacientes, profesionales y administración).

Esto explica que difícilmente encontremos en la literatura un concepto único de calidad, como señalan Klein et al. (citados por Vuori, 1996, p. 37): "nunca existirá un único criterio de conjunto con el cual medir la calidad de la atención al paciente". Éste y otros muchos autores han centrado su atención en el análisis de su contenido; de esta forma, la calidad se concibe como un fenómeno multifacético, que incluye componentes susceptibles de ser medidos y capaces de ser definidos.

2. LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

A pesar de la abundante literatura existente al respecto, los problemas inherentes a la identificación de los atributos de la calidad y a la medida de esa calidad en el ámbito de los servicios continúan siendo un reto para administrativos y académicos en el sector sanitario (Minjoon, Peterson y Zsidisin, 1998, pp. 81-82). Un punto de partida adecuado para examinar la cuestión que nos ocupa es, sin duda, el trabajo de Avedis Donabedian, una de las figuras más destacadas en cuanto a aportaciones a la cuestión de la calidad en el mundo sanitario. Para dicho autor, son tres los componentes de la asistencia sanitaria que, relacionados, conforman el conjunto de atributos determinantes de

la calidad asistencial de un acto médico concreto: los aspectos técnicos-científicos, la relación interpersonal, y otros elementos del entorno (Donabedian, 1989, p.103).

Por lo que respecta al primero de estos elementos, podemos destacar que la actuación científico-técnica se compone de los aspectos relacionados con el correcto diagnóstico y tratamiento, y depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuadas, así como de la destreza en ejecutar dichas estrategias.

El segundo elemento, la relación interpersonal, tiene una importancia máxima en la evaluación de la calidad asistencial, debido a dos razones fundamentales:

a) Por un lado, es el vehículo para llevar a cabo una asistencia técnica correcta. A través del intercambio interpersonal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y, además, hace saber a su médico sus preferencias, lo que permite que éste seleccione los métodos de asistencia más adecuados. El médico, por su parte, proporciona información a su paciente acerca de la naturaleza, grado de gravedad, origen y tratamiento de la enfermedad, y lo motiva para que desarrolle una activa colaboración en la asistencia. Por ejemplo, si la forma de tratar el médico a su paciente es tal que transmite a éste último desconfianza, indignación y apatía y, como consecuencia, el paciente decide prescindir de los servicios de ese médico o no completar el tratamiento prescrito, ¿de qué habrá servido una buena asistencia técnica?

b) Por otro lado, la relación interpersonal recoge gran parte de los factores determinantes de un buen servicio desde el punto de vista de los pacientes. La discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, el tacto en el trato, la responsabilidad, la confianza, la empatía y la sensibilidad son, entre otros, los resultados favorables que derivan de una buena relación interpersonal entre médico y paciente.

Este segundo elemento clave para la valoración del servicio sanitario implica, dentro del personal sanitario, a todo aquel que interactúe de alguna forma con el paciente (médicos, enfermeras, recepcionistas, camilleros, etc.), y con respecto al paciente, no sólo a éste, sino también a sus familiares.

El tercer elemento citado por Donabedian (1989, p. 103) hace referencia al entorno, al que también se refiere con el término *amenidades*, en el que se incluyen elementos como el grado de confort logrado, los servicios de hostelería proporcionados, el sistema de información, la situación de intimidad en la que se atiende al paciente, etc.

En términos similares al modelo diseñado por Donabedian (1989), Brook y Williams (1975; citados por Varo, 1994, p. 39) proponen la siguiente ecuación para determinar la calidad asistencial:

Calidad de la asistencia = Atención técnica (a) + Arte de la atención (b) + (a x b) + Error (e)

En la igualdad anterior, la calidad técnica hace referencia a los aspectos relacionados con los procesos diagnósticos y terapéuticos (calidad científico-técnica), mientras que el arte de la atención incluye tanto el componente social o relación interpersonal como el relativo al entorno o ambiente; por lo que respecta al producto (a x b), el autor ha pretendido recoger con él los efectos sinérgicos que se presentan cuando ambos componentes actúan de forma conjunta.

Estos elementos o componentes de la calidad asistencial no son exclusivos del ámbito sanitario, sino que están presentes en todos los servicios en general. Aunque con variaciones entre ellos, los distintos modelos de calidad de servicio coinciden en distinguir dos componentes fundamentales de la calidad: calidad técnica (Grönroos, 1994), física (Lehtinen y Lehtinen, 1982; citados por Walbridge y Delene, 1993, p. 8) o de resultado (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1993), relacionada con lo QUE el cliente recibe o con lo que queda cuando el proceso ha finalizado, y la calidad funcional (Grönroos, 1994), interactiva (Lehtinen y Lehtinen, 1982; citados por Walbridge y Delene, 1993, p. 8) o de proceso (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1993), que representa el CÓMO, esto es, la forma en la que el servicio ha sido prestado.

Atendiendo a la terminología utilizada por Donabedian (1989), los componentes interpersonal y de entorno determinan la calidad funcional, y ambos expresan la interrelación entre los elementos humanos y físicos del hospital con sus pacientes, mientras que la dimensión técnica, basada en los elementos no interactivos, se corresponde con la calidad científico-técnica.

Abordar el concepto de calidad asistencial implica necesariamente considerar las expectativas y necesidades de los tres grupos implicados en la asistencia. Estos grupos quedan definidos del modo siguiente:

- Los pacientes o usuarios del servicio sanitario son los que solicitan la atención. Ellos quieren ser atendidos para su mejora funcional u orgánica, para que se les alivie el dolor o la molestia o para transmitir al profesional sanitario una preocupación sobre su salud.
- Los profesionales son los que proporcionan la atención. Necesitan disponer de recursos para poder desempeñar sus funciones y para poder atender a los usuarios. Dichos recursos abarcan tanto el material y el correcto estado de las instalaciones como la organización, el espacio y el tiempo necesario para la toma de decisiones. Estos profesionales necesitan, a su vez libertad, para actuar ante el problema de salud y para desarrollar sus actividades.
- La Administración es la encargada de proporcionar esos recursos necesarios y, además, promueve un uso

adecuado y eficiente de los mismos: el objetivo final es lograr la satisfacción tanto del usuario como del profesional.

Tradicionalmente, los profesionales sanitarios han fundamentado la calidad en los aspectos científicos y técnicos (Esteban y Fernández, 1988, p.166). Tres son los aspectos de la calidad en los que se han centrado principalmente (Phillips, Carson y Roe, 1998, p. 36): cualificación (conocimientos y habilidades de los médicos), procedimientos terapéuticos adecuados y efectividad del tratamiento.

Por otro lado, los pacientes o usuarios del sistema sanitario, sin renunciar al componente técnico de la calidad, señalan que en el concepto de calidad asistencial deben incluirse aspectos como la comunicación médico-paciente, la facilidad para lograr en un corto espacio de tiempo la atención solicitada, instalaciones adecuadas y cómodas, personal amable y dis-

puesto a ayudarlo, etc. Esto es, destacan el componente funcional de la calidad al mismo tiempo que exigen competencia técnica.

Por su parte, los órganos administrativos aportan una perspectiva comunitaria relativa a la calidad de la asistencia sanitaria recibida por toda una población en su conjunto e incorporan al concepto de calidad nuevas dimensiones como la eficacia, la eficiencia y otros aspectos sociales y económicos, dado que, de un lado, los recursos disponibles son inevitablemente limitados y, por tanto, habrán de utilizarse de la forma más racional, y de otro, porque principios como los de equidad y universalidad definen la esencia de nuestro sistema sanitario.

Adoptando este enfoque más global, mostramos a continuación en el cuadro nº 1 los distintos componentes empleados según distintos autores y organismos para medir la calidad asistencial.

Cuadro 1
Propuestas acerca de las dimensiones que integran la calidad asistencial

OMS ¹ (1967)	Vuori (1996, p. 40)	APHA ² (1969)	JCAHO ³ (1995, p. 31)	Maxwell (1989, p. 470)	WHO ⁴ (1989)	Palmer ⁵ (1983)	Programa Ibérico ⁶
Calidad científico-técnica	Calidad científico-técnica	Calidad científico-técnica			Calidad científico-técnica	Competencia profesional	Calidad científico-técnica
Efectividad	Efectividad			Efectividad		Efectividad	
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	
	Adecuación		Adecuación				
		Accesibilidad		Accesibilidad		Accesibilidad	Accesibilidad
		Continuidad					
		Satisfacción del paciente			Satisfacción del paciente	Satisfacción del paciente	Satisfacción del paciente
		Satisfacción del profesional					
			Eficacia				
			Disponibilidad				
			Oportunidad				
			Continuidad				
			Respeto y cuidado				
			Seguridad				
				Relevancia			
				Equidad			
				Aceptabilidad			
				social			

Fuente:Elaboración propia.

¹OMS:Organización Mundial de la Salud.

²APHA American Public Health Association;citado por Vuori,1996,pp. 38-39.

³JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Hospitals.

⁴WHO:Working Group on Quality;citado por Aggarwal y Zairi,1997, p. 354.

⁵Citado por Saturno, 1993, p. 7.

⁶Citado por Saturno, 1993, p. 7.

Las aportaciones recogidas en el cuadro anterior responden a propuestas de distintos autores, programas u organizaciones, presentando algunos elementos comunes. Así, por ejemplo, la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (1967) está contenida en la de Vuori (1996), y ésta, a su vez, en la correspondiente a la American Public Health Association (1969). No obstante, la comparación no puede establecerse de forma totalmente directa, y el contenido que los diversos autores asignan a una misma dimensión no siempre es el mismo. Tomando como referencia varios de estos enfoques (OMS, 1967; APHA, 1969; JACO, 1995), Varo (1994, pp. 61-63) desarrolla un esfuerzo integrador e identifica y define las siguientes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con la calidad:

- **Efectividad:** se refiere al impacto de un determinado procedimiento o práctica asistencial, en términos de mejoras del nivel de salud; alude también a la relación entre el impacto real de un servicio o programa y su impacto potencial en una situación ideal.
- **Eficiencia:** relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. Comprende dos características: idoneidad de los servicios y costes de los mismos.
- **Seguridad:** balance positivo de la relación beneficios/riesgos.
- **Adecuación:** relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de una población; implica acomodar los servicios sanitarios a las necesidades de esa población. Posee un componente numérico (cantidad total de servicios con relación a las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de los servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).
- **Calidad científico-técnica:** grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles.
- **Aceptabilidad:** incluye dos dimensiones; la primera alude a la satisfacción del paciente o grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma, y la segunda a la cooperación del paciente o grado en que éste cumple el plan de atención.
- **Satisfacción del profesional:** grado de complacencia del profesional con las condiciones del trabajo.
- **Disponibilidad/accesibilidad:** el primero de estos elementos, la disponibilidad, se refiere al grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo; los servicios sanitarios, por regla general, deben estar disponibles cuando lo precise el paciente. Por su parte, la accesibilidad depende de la facilidad con que se accede a los servicios médicos, que puede encontrarse con diversas barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

■ **Continuidad:** Implica contemplar el tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de atención integrado. Para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones, los servicios deben ser continuos y estar coordinados. De este modo, las interrupciones pueden derivar de diferentes causas, por ejemplo, las siguientes: no realizar las pruebas oportunas de laboratorio, realizarlas, pero no adjuntarlas al informe clínico, no registrar problemas clínicos en el historial, etc. Continuidad implica coordinación.

A modo de conclusión, podemos afirmar que el concepto de calidad asistencial responde a la interacción de un conjunto de dimensiones fundamentales de distinta naturaleza: científico-técnicas, interpersonales, ambientales, sociales y económicas. Las distintas definiciones de calidad asistencial varían en función del enfoque adoptado y de la ponderación otorgada a cada una de las dimensiones por los elementos implicados en la asistencia: pacientes, profesionales y administración.

3. ORIENTACIÓN AL PACIENTE EN LA SANIDAD

La óptica del paciente o modo de entender la calidad desde el punto de vista del paciente está consolidándose actualmente como un factor esencial. De este modo, en los últimos años asistimos a un cambio de actitud fundamental en los sistemas sanitarios en general, y en el nuestro en particular, de manera que el paciente pasa a ser el centro de la atención, y la calidad sólo se mejora cuando los procesos están diseñados sobre la premisa de satisfacer sus necesidades y expectativas (Mira, 1999, p. 782). Muestra de ello es el Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en el que se señala que "(...) el ciudadano es el centro del sistema sanitario público; por lo tanto, la satisfacción de sus necesidades, demandas y expectativas se convierten en objetivos fundamentales de toda la política sanitaria andaluza" (Junta de Andalucía, 2000, p. 5). Por su parte, el INSALUD y los Gobiernos Autonómicos con competencias transferidas en materia sanitaria han incorporado la satisfacción del paciente como un indicador del resultado de la asistencia sanitaria y, en algunos casos, incluso se han vinculado dotaciones económicas al cumplimiento de objetivos relativos a esta dimensión de la calidad. Son diversos los factores que explican este cambio de actitud.

En primer lugar la gestión de la calidad total, sus principios y su filosofía están cada vez más presentes en la sanidad de nuestro país. El concepto de calidad total implica que el cliente (externo e interno) es el centro de la atención, lo que justifica la actividad de la empre-

Cuadro 2 Estrategias de participación del paciente

ESTRATEGIA	PREMISA
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar al médico toda la información pertinente acerca de su enfermedad/dolencia. • Participación en actividades de educación sanitaria. • Sugerencias y reclamaciones • Participación con el médico en la adopción de la estrategia idónea. • Elección de médico, hospital, etc. • Manifestación de su nivel de satisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una buena comunicación médico-paciente favorecerá una asistencia técnica correcta. • Los pacientes informados cuidarán mejor su salud y utilizarán mejor los servicios sanitarios; así, los médicos obtendrán mejores resultados. • Los pacientes desean expresar sus quejas acerca del sistema sanitario y contribuir a su mejora. Esta información se presenta útil para los gestores. • Los pacientes desean participar en la toma de decisiones. Si los pacientes comunican sus preferencias, es más fácil para el médico satisfacerlas. • Aumenta así la satisfacción de los pacientes. • La opinión del paciente resulta de utilidad para mejorar los procesos.

Fuente: Wensing y Grol (1998; citados por Mira y Aranaz, 2000 pp. 26-27).

sa u organización. De este modo, deben ser las necesidades y expectativas del cliente las que guíen las actividades de la organización, siendo la satisfacción del cliente un elemento irrenunciable. Como señalan Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín, Aranaz y Sitges (1998, p. 93), la definición de una atención de calidad de acuerdo con los nuevos principios de la mejora continua de la calidad incluye como elemento indispensable, además del criterio del profesional acerca de las necesidades del paciente, el punto de vista del propio paciente en la prestación sanitaria.

En segundo lugar, el ciudadano también ha cambiado. Así, factores como el respeto por las preferencias del paciente, la coordinación en el cuidado, la información de los efectos a largo plazo de la enfermedad, el apoyo emocional y la implicación de familiares y amigos en las decisiones o preparación para el alta contribuyen a formar sus percepciones de calidad (Phillips, Carson y Roe, 1998, p. 38). Podríamos decir, pues, que los pacientes han pasado a desempeñar el rol de "coproductores" de los cuidados de salud, siendo ahora necesario contar con su opinión, así como promover en ellos decisiones responsables sobre su salud.

Atendiendo a Wensing y Grol (1998; citados por Mira y Aranaz, 2000 pp. 26-27), en la actualidad, los pacientes del sistema sanitario de nuestro país cuentan con los siguientes canales de participación (cuadro 2):

En los últimos años estamos recibiendo señales evidentes de la participación del ciudadano en la asistencia sanitaria. El desarrollo del consentimiento informado, el cuidado de aspectos relativos a la privacidad e intimidad de los enfermos en los centros asistenciales, la atención prestada a las reclamaciones y la medición del grado de satisfacción y/o expectativas del

paciente son muestra de ello. No obstante, queda aún mucho camino por recorrer para conseguir que las opiniones de los pacientes provoquen cambios en los aspectos organizativos de nuestro sistema sanitario.

Otro motor de cambio importante ha sido la existencia de mercados internos. Las reformas introducidas en los países europeos, por las que se crean mercados internos que enfatizan la competencia entre unidades del sistema, y cuyo propósito último es mejorar la eficiencia del sector, han influido sin duda en la definición de la calidad asistencial, favoreciendo que a la calidad técnica se añadan otros aspectos funcionales y corporativos de la calidad, para así conseguir mayor competitividad. De este modo, si bien durante mucho tiempo el objetivo fundamental consistió en asegurar la calidad técnica, hoy en día, el espectacular desarrollo de la tecnología biomédica, así como la reducción de las diferencias en equipamientos y tecnologías de los centros sanitarios de un mismo entorno, han hecho de la calidad funcional un elemento diferenciador importante. Como señalan Vitaller, Mira, Buil, Llinas, Aranaz y Rodríguez (2000 p. 160), "la mayor variabilidad entre centros se encuentra actualmente en los aspectos funcionales, organizacionales y corporativos".

4. CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE

Conscientes de esta realidad, a continuación nos proponemos abordar el estudio de la calidad asistencial desde la perspectiva del paciente. A partir de este momento, al hablar de calidad nos referiremos a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria.

Figura 1
Distintos niveles en las necesidades/expectativas de los pacientes



Fuente: Adaptado de Tenner y De Toro (1992; citados por Phillips, Carson y Roe, 1998, p. 42).

ria para satisfacer las necesidades de los consumidores de salud (Varo, 1994, p. 37).

Tenner y De Toro (1992; citados por Phillips, Carson y Roe, 1998, pp. 39-40) sugieren que los pacientes poseen tres niveles de necesidades relativas a la calidad (figura 1).

En el primer nivel sitúa las necesidades implícitas o expectativas básicas de calidad asumidas por el paciente. Como mínimo, los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos. Cumplir con estas expectativas evita el descontento o la no satisfacción del paciente, pero el logro de las mismas no provoca la satisfacción, pues estos aspectos del servicio son considerados parte integral del mismo.

Las necesidades explícitas o expectativas opcionales forman parte del segundo nivel. Son atributos o aspectos del servicio que los pacientes desean y esperan, considerados "extras", esto es, no forman parte del servicio básico. Cuando éstos atributos están ausentes, no implican la insatisfacción del paciente con el servicio recibido, pero cuando están presentes, implican satisfacción. En este nivel se incluyen la responsabilidad, accesibilidad, comprensión, atención/cuidado y comunicación.

Las necesidades latentes o expectativas no articuladas son las no esperadas por los pacientes, cuyo cumplimiento da lugar a clientes "muy satisfechos". En este nivel, los autores antes citados sitúan la buena apariencia física y profesional de las instalaciones y del personal y la relación coste/beneficio del paciente.

Actualmente, en el sector servicios, con alto grado de

unanimidad, la calidad viene determinada por la diferencia entre el desempeño percibido y las expectativas; se trata del denominado "paradigma de la desconfirmación", esto es, la calidad que los clientes otorgan a un servicio depende de las percepciones que éstos tienen sobre lo que recibieron y las expectativas respecto a lo que pensaban que deberían haber recibido. Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) intentaron identificar las dimensiones que los clientes emplean cuando evalúan los servicios en términos de expectativas y desempeño. Su objetivo era descubrir atributos genéricos y relevantes para los servicios en general. Su aportación supuso un gran avance en el desarrollo de medidas cuantitativas de la calidad de servicio.

El instrumento de medida de la calidad percibida desarrollado por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), denominado SERVQUAL, se compone de 44 ítems, divididos en dos escalas (expectativas y percepciones) de 22 ítems cada una, diseñadas para medir la calidad a través de cinco dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Estas dimensiones fueron desarrolladas y testadas en sectores bastante diferentes al sector sanitario, como son los sectores de la banca minorista, las tarjetas de crédito, los corredores de valores y la reparación y mantenimiento de aparatos.

Algunos autores han encontrado dificultades al trasladar estas dimensiones al sector sanitario. Por ejemplo, Lytle y Mokwa (1992; citados por Taylor, 1994, pp. 228-229) señalan que aunque la variable "resultados" no fuera una de las dimensiones de calidad citadas en

Cuadro 3
Dimensiones de la calidad percibida en la atención sanitaria

CALIDAD SUBJETIVA	CALIDAD OBJETIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Disposición para ayuda • Amabilidad del personal • Interés personal enfermería • Trato personalizado • Confianza y seguridad • Comprensión de necesidades • Rapidez de respuesta • Preparación del personal • Interés por solucionar problemas • Interés por cumplir promesas 	<ul style="list-style-type: none"> • Información a familiares • Tiempo de espera • Señalización intrahospitalaria • Puntualidad de consultas • Información que da el médico • Apariencia del personal • Tecnología biomédica • Comodidad de las habitaciones • Señalización extrahospitalaria

Fuente: Mira, Aranz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller, 1998, p. 15.

el modelo SERVQUAL, esos resultados ejercen una influencia significativa sobre la percepción de la calidad sanitaria por el paciente. Para estos autores, la percepción de los pacientes relativa a la calidad del cuidado médico viene determinada por un proceso que implica tres evaluaciones: la de los resultados del servicio, la del proceso y la del entorno físico.

En esta misma línea, Bowers, Swan, Koehler (1994, pp. 49-50) apuntan que SERVQUAL podría no cubrir completamente todas las dimensiones de calidad que son importantes para los pacientes, dada la naturaleza del servicio sanitario, más intensivo en la interacción proveedor-consumidor. Estos autores confirman la aportación realizada por Lytle y Mokwa (1992), y añaden a las dimensiones ya citadas por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) dos más: el cuidado (implica una involucración personal y humana en la prestación del servicio, con un enfoque en las emociones del paciente) y los resultados (alivio del dolor, salvar la vida u otras mejoras tras la intervención médica).

Minjoon, Peterson, Zsidisin (1998, p. 87) añaden una dimensión nueva al modelo propuesto por Bowers, Swan, Koehler (1994); se trata de la colaboración. Esta variable abarca el concepto de trabajo en equipo y los efectos sinérgicos de los distintos actores que intervienen en la prestación del servicio, tanto internos como externos: médicos generales y especialistas, enfermeras, administradores, aseguradoras, familiares del paciente...etc.). No obstante, se trata esta última de una aportación muy limitada, dado el reducido tamaño de la muestra utilizada en el estudio.

Otra aportación destacable es la de Haywood-Farmer y Stuart (1988; citados por Walbridge y Delene, 1993, p. 9), quienes centraron su estudio en la calidad prestada por organizaciones de servicios profesionales. La conclusión de su investigación empírica fue que el modelo SERVQUAL no incluía tres variables imprescindibles en los servicios profesionales: la esencia del servicio (que incluye los aspectos centrales del servicio médico, la propiedad o conve-

nencia del mismo, la efectividad y los beneficios para el paciente), la personalización del servicio y el conocimiento del profesional.

Por su parte, Oswald, Turner, Snipes y Butler (1998, p. 18) realizan un estudio sobre un total de 472 pacientes hospitalarios, y encuentran que las percepciones de la calidad del servicio recibido están íntimamente relacionadas con las percepciones de las instalaciones y del factor humano. Los resultados del estudio sugieren que la calidad del servicio hospitalario, aunque relacionada con la de otros sectores, tiene dimensiones únicas. En un sector con un nivel de contacto con el cliente tan elevado como el que requiere la prestación de un servicio sanitario, las medidas actitudinales cobran mayor importancia. Los pacientes asocian la excelencia en el servicio con percepciones relativas al factor humano y características de comportamiento como: simpatía/amabilidad, comunicación médico-paciente apropiada y conocimiento percibido del personal médico.

Coddington y Moore (1987; citados por Sower et al., 2001 p. 50) sugieren que los cinco factores claves que definen la calidad del servicio sanitario desde el punto de vista del paciente son éstos: 1) calidez o afecto, cuidado y preocupación; 2) personal médico; 3) equipo tecnológico; 4) especialización y alcance o campo de aplicación de servicios disponibles; 5) resultados.

En este mismo sentido se pronuncian otros muchos autores (Ford, Bach y Fottler, 1997; Youssef, Nel y Bovaird, 1995; Scardina, S.A., 1994; Babakus y Mangold, 1992), quienes, partiendo del modelo propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), tratan de completarlo o adaptarlo al sector sanitario.

En un entorno más cercano, el modelo propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) ha tenido también su influencia en el sector sanitario público español, despertando muchas expectativas para mejorar la medición de la calidad percibida. Frente a las habituales encuestas de post-hospitalización, SERVQUAL se ha considerado como una alternativa que reúne ventajas teóricas y prácticas (Mira, Aranz, Rodríguez-

Marín, Buil, Castell y Vitaller, 1998, pp. 12-13). Sin embargo, este instrumento no está exento de problemas metodológicos, sobretodo los relativos a la dificultad intrínseca que conlleva medir las expectativas, la dificultad de los pacientes para entender las escalas de respuestas y la capacidad predictiva de las puntuaciones obtenidas por diferencia entre expectativas y percepciones.

El trabajo realizado por Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller (1998, p. 13) tiene como objetivo la validación de un cuestionario para medir la calidad percibida de la atención hospitalaria, que basado en SERVQUAL, adopta el nuevo formato de respuesta sugerido por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), combinando en la misma escala de respuesta expectativas y percepciones, e intentando, de este modo, superar las dificultades metodológicas del cuestionario original.

Los resultados de este estudio, al igual que ocurre en otras investigaciones (Babakus y Mangold, 1992), no corroboran la estructura factorial en 5 dimensiones del cuestionario SERVQUAL. En cambio, estos autores destacan la existencia de un factor principal de la calidad percibida en la atención y cuidados facilitados, que explica la mayor parte de la varianza (57,52%), acompañado de un segundo factor que engloba los aspectos más formales de la atención sanitaria. En el cuadro siguiente se recogen ambos factores, la calidad subjetiva y la calidad objetiva respectivamente.

Como podemos observar, la calidad subjetiva se compone de 10 ítems relacionados con aspectos totalmente subjetivos, difíciles de evaluar externamente, y que sólo se basan en la mera opinión del paciente. En cambio, la calidad objetiva contiene ítems que hacen referencia a aspectos susceptibles de comprobación.

Si ponemos en relación esta propuesta con la realizada por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), comprobamos que el primer factor se relaciona más directamente con las dimensiones de la calidad de servicio denominadas empatía, capacidad de respuesta, seguridad y, en menor medida, con la fiabilidad, mientras que el segundo factor recoge las dimensiones tangibilidad y fiabilidad en términos de puntualidad horaria.

Cabe destacar, además, que el cuestionario SERVHOSP diseñado por Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller (1998, p. 17) posee una alta consistencia interna, buena capacidad predictiva y, especialmente, una buena estructura factorial.

5. CONCLUSIONES

Asistimos en la actualidad a un reto importante en la sanidad de nuestro país y otros países europeos. Se abre paso a una estrategia de calidad total que supo-

ne un cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias para reorientarlas hacia los pacientes. La voz del paciente se incorpora entonces en el diseño y evaluación de los procesos asistenciales para determinar el nivel de excelencia alcanzado.

Como nunca antes, el paciente adopta un papel mucho más activo y adquiere un mayor protagonismo. Si hasta no hace mucho tiempo asegurar la calidad científico-técnica era el único objetivo, en la actualidad nuevas dimensiones o atributos que condicionan la calidad percibida por el paciente son objeto de atención fundamental.

6. BIBLIOGRAFÍA

- AGGARWAL, A.; ZAIRI, M.: "The role of total quality management in enabling a primary health-care orientation". *Total Quality Management*, vol. 8, nº. 6, 1997, pp. 347-359.
- BABAKUS, E.; MANGOLD, W. G.: "Adapting the servqual Scale to Hospital Services: an empirical investigation". *Health Services Research*, vol. 26, 1992, pp. 676-686.
- BOWERS, M.R.; SWAN, J.E.; KOEHLER, W.F.: "What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery". *Health Care Management Review*, vol. 19, nº. 4, 1994, pp. 49-55.
- DONABEDIAN, A.: "La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?". *Revista JANO*, vol. 864, 1989, pp. 103-110.
- ESTEBAN, A.; FERNÁNDEZ SEGOVIANO, P.: "El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida". *Revista Clínica Española*, vol. 182, nº. 3, 1988, pp. 166-170.
- FORD, R. BACH, S. Y FOTTLER, M.: "Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations". *Health Care Management Review*, vol. 22, nº. 2, 1997, pp. 74-89.
- GRÖNROOS, C.: *Marketing y gestión de servicios*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1994.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO): *Manual de acreditación para hospitales 1996*. SG Editores S. A. Fundació Avedis Donabedian, Barcelona, 1995.
- JUNTA DE ANDALUCÍA: *Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Plan de calidad*. Ed. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2000.
- MAXWELL, J.: "Quality assesment in health". *British Medical Journal*, vol. 288, 1989, pp. 470-471.
- MINJOON, J.; PETERSON, R. ZSIDISIN, G.: "The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results". *Health Care Management Review* vol. 23, nº. 4, 1998, pp. 81-96.

- MIRA, J.J.: "Innovaciones en la satisfacción del cliente". Revista de calidad asistencial, vol. 14, 1999, pp. 781-784.
- MIRA, J.J.; ARANAZ, J.: "La satisfacción del paciente como una medida de resultados de atención sanitaria". Medicina Clínica, vol. 114, nº.3, 2000, pp. 26-33.
- MIRA, J.J.; ARANAZ, J.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J.; BUIL, J.A.; CASTELL M.; Y VITALLER, J.: "SERVQHOSP: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria". Medicina Preventiva, vol. 4, nº. 4, 1998, pp. 12-18.
- MIRA, J.J.; LORENZO, S.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J.; ARANAZ, J.; SITGES, E.: "La aplicación del Modelo Europeo de gestión de la Calidad Total al sector sanitario: ventajas y limitaciones". Revista de Calidad Asistencial, vol. 13, 1998, pp. 92-97.
- OSWALD, S.; TURNER, D.; SNIPES, R.Y BUTLER, D.: "Quality determinants and hospital satisfaction". Marketing Health Services, vol. 18, nº. 1, 1998, pp. 18-22.
- PHILLIPS, P.; CARSON, K.; ROE, W.: "Toward understanding the patient's perception of quality". The Health Care Supervisor, vol. 16, nº.3, 1998, pp. 36-42.
- SATURNO, P.J.: "La definición de la calidad de la atención", en Marquet Palomer, R. (1993): Garantía de la calidad en atención primaria. Ed. Doyma, Barcelona, 1993, pp. 7-17.
- SCARDINA, S.A.: "SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care". Journal of Nurse Care Quality, vol. 8, 1994, pp. 38-46.
- SOWER, V.; DUFFY, J.; KILBOURNE, W. KOHERS, G., JONES P.: "The dimensions of services quality for hospitals: development and use of the KQCAH scale". Health Care Management Review, spring, vol. 26, nº. 2, 2001, pp.47-59.
- TAYLOR, S.: "Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies". Hospital & Health Services Administration, vol. 39, nº. 2, summer, 1994, pp. 221-235.
- VARO, J.: Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1994.
- VITALLER, J.; MIRA, J.J.; BUIL, J.A.; LLINÁS, G.; ARANAZ, J.; RODRÍGUEZ MARÍN, J.: "POLAR AUDITORIA: Un método para conocer si la organización sanitaria está orientada hacia el paciente". Revista de Administración Sanitaria, vol.4,nº.15,julio-septiembre, 2000,pp. 159-176.
- VUORI H.V.: El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología. Ed. Masson S.A. Barcelona, 1996.
- WALBRIDGE, S.; DELENE, L.: "Measuring Physician attitudes of service quality". Journal of Health Care Marketing, winter, 1993, pp. 6-15.
- YOUSSEF, F. NEL, D. Y BOVAIRD, T.: "Service Quality in NHS hospitals". Journal of Management Med., vol. 9, 1995, pp.66-74.
- ZEITHAML, V.; PARASURAMAN, A.; AND BERRY, L.: Calidad total en la gestión de los servicios. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1993.