

---

# Calidad percibida del cuidado hospitalario

J.J. Mira Solves<sup>1</sup> / J.A. Buil Aina<sup>3</sup> / J. Rodríguez-Marín<sup>1</sup> / J. Aranaz Andrés<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan.

<sup>2</sup> Hospital General Universitario de Alicante.

<sup>3</sup> Dirección Territorial de la Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio de Asistencia Especializada. Alicante.

Correspondencia y separatas a: Universidad Miguel Hernández. Paseo Melchor Botella, s/n. 03200 Elche (Alicante).

Recibido: 12 de marzo de 1996

Aceptado: 3 de septiembre de 1996

(Perceived quality of hospital care)

---

## Resumen

**Fundamento.** SERVQUAL ha sido introducido en el sector sanitario como alternativa a las encuestas de satisfacción del paciente. SERVQUAL es uno de los cuestionarios más utilizados para medir la calidad percibida por los clientes de empresas de servicios dentro del denominado *paradigma de la desconfirmación* (diferencia entre expectativa y percepción del servicio). Pese a su pretendida utilidad no se ha estudiado la estructura, validez y fiabilidad de este cuestionario en el medio hospitalario de nuestro país.

**Métodos.** Este trabajo se diseñó con tres objetivos: 1) analizar la estructura factorial del SERVQUAL; 2) determinar la capacidad predictiva de las diferentes puntuaciones que de él pueden obtenerse (escala de percepciones, de expectativas, y diferencia entre expectativas y percepciones); 3) validar una versión del SERVQUAL adaptada al medio hospitalario (a la que denominamos SERVQHOS). Se diseñó un estudio descriptivo basado en encuestas con análisis multivariante de los datos. Se entrevistó a 826 sujetos que habían sido atendidos en los hospitales de Alicante, Elche y Elda de la provincia de Alicante.

**Resultados.** La estructura factorial en cinco dimensiones del SERVQUAL no pudo ser confirmada. La escala de percepciones reunió mayor capacidad predictiva que la derivada de la puntuación de la diferencia entre expectativas y percepciones. Se identificaron cuatro factores en SERVQHOS (56% de varianza explicada). Alfa de Cronbach de 0,87, coeficiente Spearman-Brown 0,77. La escala de percepciones SERVQHOS mostró una mayor capacidad predictiva que las puntuaciones derivadas de la diferencia entre expectativas y percepciones con respecto a los criterios «satisfacción del paciente» (55% de varianza explicada) y «¿es recomendable el hospital?» (76,36% de clasificaciones correctas con respecto a los niveles de respuesta del criterio).

**Conclusiones.** El empleo de SERVQUAL requiere de un proceso de validación previo. En este sentido, SERVQHOS ha demostrado índices psicométricos adecuados, si bien algunos de los problemas metodológicos atribuidos a las mediciones basadas en SERVQUAL han quedado patentes, la principal que el valor predictivo de la escala de percepciones de la experiencia del servicio fue superior al de la magnitud de la diferencia entre expectativas y percepciones.

**Palabras clave:** Calidad del Servicio. Calidad Percibida. Satisfacción del paciente. SERVQUAL.

## Summary

**Introduction.** SERVQUAL has been introduced in the health-care sector as an alternative to the patient satisfaction measures. SERVQUAL is one of the most used questionnaires to measure the customers' perceived quality. It is based on the disconfirmation paradigm (expectations-minus-perceptions). However, the structure, validity and reliability of this questionnaire have not been assessed in the Spanish hospital context.

**Methods.** Three main targets defined in this study: 1) analyze the SERVQUAL's factorial solution, 2) determine which of its scales (perceptions, expectations, and expectations-minus-perceptions) has higher predictive efficiency, and 3) develop a new version for hospital setting (which was called SERVQHOS). A descriptive study based on surveys with multivariate analysis of data was conducted. Eight-hundred-twenty-six subjects were interviewed. All were attended in the Alicante's, Elche's, or Elda's hospital.

**Results.** A five-factor solution of the SERVQUAL was not corroborated. The perceptions scale obtained a higher predictive efficiency than expectations and expectations-minus-perceptions scales. Four factors were identified using SERVQHOS (56% explained variance). Perceptions-SERVQHOS gathered a greater predictive capacity than the scores derived from the difference among expectations and perceptions. This result was obtained in both criteria: patient satisfaction (55% explained variance) and whether the respondents would recommend the hospital (76,36% right classifications with respect to response levels of the criterion).

**Conclusions.** Before using SERVQUAL is highly recommended to realize a validation procedure of this questionnaire. SERVQHOS has shown adequate reliability and validity. However, there were some methodological problems using it. The most important inconvenience was that perceptions' scores showed greater predictive capacity than expectations-minus-perceptions.

**Key words:** Service quality. Perceived quality. Patient satisfaction. SERVQUAL.

## Introducción

La satisfacción del paciente constituye un elemento deseable del resultado de la asistencia sanitaria<sup>1</sup>, razón por la que se ha extendido esta medida tanto en atención primaria como en hospitales, normalmente mediante cuestionarios<sup>2-6</sup>. Sin embargo, esta medida no está exenta de problemas. No existe una teoría que explique satisfactoriamente qué se está midiendo realmente, se han descrito déficits metodológicos en la medición y se ha llegado a afirmar que la mayoría de cuestionarios no aportan información que ayude a mejorar la calidad del servicio sanitario<sup>7-12</sup>. Por esta razón se ha planteado la necesidad de introducir métodos de evaluación alternativos, destacando la propuesta de utilización del cuestionario SERVQUAL. La elección de este instrumento estriba en que aporta mayor información para la toma de decisiones en la gestión de la calidad del servicio que la suministrada por las encuestas de satisfacción del paciente que normalmente se emplean, ya que SERVQUAL tiene en cuenta a la vez expectativas y percepciones del paciente acerca del servicio recibido.

SERVQUAL nació en 1986 de la mano de Parasuraman, Zeithaml y Berry<sup>13-15</sup> (PZB) para evaluar la calidad del servicio (CS) percibida por el cliente de dichas empresas. Es un cuestionario desarrollado tras un amplio número de entrevistas con directivos y clientes claves de diferentes medios (empresas de mantenimiento, banca, tarjetas de crédito y comunicaciones a larga distancia), que contiene 22 pares de ítems que exploran cinco dimensiones: *seguridad* referente a cortesía, conocimiento y competencia profesional, capacidad para inspirar confianza; *tangibilidad* que hace referencia a facilidades físicas en el equipamiento, aspecto de las dependencias y del personal; *capacidad de respuesta* entendida como deseo de ayudar al cliente y de dar el mejor servicio en forma pronta; *fiabilidad* como capacidad para ofrecer el servicio prometido en forma segura, seria y formal, libre de daños, riesgos, dudas e inseguridades; y *empatía* entendida como respeto y consideración personalizada hacia el cliente. El primer par de 22 ítems explora las percepciones del cliente tras recibir el servicio y los 22 ítems siguientes las expectativas del cliente sobre lo que considera un servicio *ideal*. El concepto de CS que adoptan PZB coincide con el de diversos autores<sup>16-21</sup> para quienes la calidad percibida viene definida por la magnitud y sentido de la diferencia (paradigma de la desconfirmación) entre lo que el cliente espera (expectativa de lo que debería ocurrir idealmente) y lo que se obtiene (percepción de la experiencia). Si la expectativa supera en exceso lo percibido, el cliente considerará que la calidad es mala. La utilización de este método se justifica en base a la mayor información para la gestión de la calidad que se obtiene al calcular la diferencia entre lo que se considera deseable que ocurra

(expectativa) y lo que realmente ha ocurrido (percepción). En un trabajo posterior<sup>22</sup>, PZB revisaron la estructura inicialmente propuesta del cuestionario, redefinieron algunos de los ítems y sugirieron que se ponderara (SERVQUAL versión ponderada) en una escala de 0 a 100 la importancia relativa que los clientes atribuyen a cada una de las cinco dimensiones. Podría ser que un paciente se mostrara insatisfecho con la espera para ser atendido por el médico, pero valorara mucho la fiabilidad del profesional de tal modo que, aunque molesta, no le importara demasiado la demora frente a la ventaja de ser atendido por ese médico.

Aunque el empleo del SERVQUAL está muy extendido en el sector servicios<sup>23</sup> persisten ciertos problemas metodológicos<sup>16,24-30</sup>. Entre ellos destacan que: no se ha podido corroborar la estructura en cinco dimensiones del cuestionario; algunos ítems han debido ser reformulados o bien se ha comprobado que saturan en dimensiones diferentes a las propuestas; se han planteado objeciones a la medida de las expectativas; la versión ponderada no se ha comprobado que mejore su capacidad predictiva; es necesario ir adaptándolo a cada situación como señalan los propios PZB; pero, sobre todo, se ha objetado que la sola medida de las percepciones es más efectiva, reúne mayor validez discriminante y mayor capacidad predictiva que la puntuación del resultado de la diferencia «percepciones menos expectativas» (P-E).

En el sector sanitario, Van Campen y cols.<sup>31</sup>, al comparar cuatro de los instrumentos de medida de la satisfacción del paciente más difundidos (PSQ<sup>32</sup>, CSQ<sup>33</sup>, SPPCS<sup>34</sup>, PJHQ<sup>35</sup>) con SERVQUAL, llegan a la conclusión de que este último posee una más sólida fundamentación teórica, mayor validez de construcción, validez discriminante, fiabilidad y facilidad de uso. Sin embargo, en este sector SERVQUAL ha sido poco utilizado. Scardina<sup>36</sup> ha adaptado el cuestionario para ser utilizado como herramienta de evaluación de los cuidados de enfermería y comprobado la comprensibilidad de sus ítems. Youssef, Nel y Bovaird<sup>37</sup> lo han utilizado para evaluar la calidad de diferentes hospitales del Reino Unido, recomendando su uso como método de comparación entre hospitales. Babakus y Mangold<sup>38</sup> no pudieron reproducir en hospitales americanos, mediante análisis estructural LISREL, la estructura en cinco dimensiones (aunque obtuvieron buenos parámetros) del cuestionario y hallaron que la puntuación SERVQUAL (P-E). Además, otros autores<sup>24,39-41</sup> han sugerido dimensiones diferentes a las cinco originales para valorar la CS percibida, si bien la dimensión de tangibilidad reviste especial importancia<sup>42</sup>.

Este estudio se diseñó para responder a tres interrogantes respecto del uso del SERVQUAL en el medio hospitalario: 1) cómo se comporta y cuál es la estructura factorial del SERVQUAL; 2) cuál de las tres puntuaciones posibles (percepciones, expectativas y la puntuación SERVQUAL de la diferencia E-P) se relaciona más directamente con una medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente; y 3) si puede

mejorarse SERVQUAL incluyendo nuevos ítems, específicos del medio hospitalario.

## Método

Para responder a los interrogantes formulados se realizó un estudio en el que mediante encuestas anónimas y voluntarias, remitidas por correo a pacientes de tres hospitales del Servicio Valenciano de Salud de la provincia de Alicante, se pretendía analizar la estructura psicométrica de una versión del cuestionario SERVQUAL y compararla con una versión alternativa del mismo adaptada al medio hospitalario (al que denominamos SERVQHOS). Esta segunda versión SERVQHOS incluía nuevos ítems específicos para valorar la calidad percibida del servicio sanitario prestado en hospitales.

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

Se determinaron tanto la validez (de construcción y predictiva) como consistencia interna, aditividad de las escalas; y se analizaron individualmente sus elementos. La *validez de construcción* se calculó mediante análisis factorial confirmatorio y exploratorio. El análisis factorial *exploratorio* permitió resumir la información (elementos o ítems en este caso) identificando factores con los que representar a las variables originales sin que se partiera de hipótesis previas, mientras que el análisis factorial *confirmatorio* facilitó contrastar empíricamente las hipótesis sobre la estructura del cuestionario (composición y número de los factores) determinando las relaciones entre las variables (*parámetros estructurales*). Esta misma metodología había sido empleada por otros autores para analizar SERVQUAL<sup>24, 26, 28, 38</sup>. La *validez predictiva* considerando como criterios predictivos concurrentes el nivel de satisfacción del paciente en una escala de 4 a 1 (muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho y nada satisfecho) y si el hospital, a su juicio, era recomendable para otros pacientes (que contaba con tres niveles de respuesta valorados de 3 a 1: sin dudarlo, nunca, tengo dudas), criterios ya utilizados por otros investigadores<sup>15, 40, 70</sup>. La *fiabilidad* (consistencia interna) mediante Alfa de Cronbach y por la técnica de la división por mitades (aplicando el coeficiente de Spearman-Brown para corregir el efecto de una mayor longitud de las escalas), excepto en el caso de la escala de la diferencia entre expectativas y percepciones donde se aplicó la fórmula (1) para constructos operacionalizados<sup>27</sup>. La *aditividad* de las escalas se estimó por el test de Tukey. Se *analizaron los elementos* del cuestionario mediante el valor de las comunalidades, el cálculo de la correlación ítem total una vez eliminado el valor del ítem de la puntuación total de la esca-

la, y el Alfa de Cronbach al eliminar progresivamente cada ítem en el análisis.

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

donde  $r_{11}$  y  $r_{22}$  representan las fiabilidades de los componentes de la puntuación,  $\sigma_1^2$  y  $\sigma_2^2$  son las varianzas de estos componentes y  $r_{12}$  la correlación entre ambos componentes.

## Material

Del total de 22 pares de ítems originales del cuestionario SERVQUAL se seleccionó aquellos que mejor podían ser aplicables al medio hospitalario en el que trabajábamos (14 del primer par de 22 ítems de la escala de percepciones y nueve del segundo par de 22 ítems de la escala de expectativas). En la *escala de percepciones* cuatro ítems exploraban la dimensión tangibilidad, dos la de fiabilidad, tres la de capacidad de respuesta, tres la de seguridad y dos ítems la de empatía. En la *escala de expectativas* dos ítems correspondían a la dimensión de tangibilidad, uno a la de capacidad de respuesta, dos a la de fiabilidad, dos a la de seguridad, y dos a la de empatía. Todos los ítems fueron obtenidos de la versión en español del cuestionario<sup>43</sup>, por lo que no se precisó su traducción/adaptación. Los ítems de la escala de percepciones fueron utilizados sin modificaciones. Recogiendo sugerencias<sup>24, 38</sup> sobre la redacción de la escala de expectativas los ítems fueron redactados en términos de *un buen hospital se caracteriza porque... cura eficazmente... antes que por otras cosas*. Esta redacción permitió, a la vez, determinar la expectativa más importante para cada sujeto. En el anexo 1 se recogen los elementos incluidos en los cuestionarios.

El cuestionario SERVQHOS incluía 32 ítems distribuidos en dos escalas, una sobre percepciones y la otra de expectativas sobre el hospital ideal. La *escala de percepciones* contenía 23 ítems: los mismos 14 de la versión del SERVQUAL empleada y otros nueve ítems adicionales redactados por nosotros en base a sugerencias de estudios previos<sup>24, 40</sup> sobre: *información médica, accesibilidad física, trato de enfermería o consentimiento informado*. La *escala de expectativas* contenía los mismos nueve ítems descritos más arriba.

En este estudio se optó por no utilizar una versión ponderada teniendo en cuenta las recomendaciones de varios autores<sup>26, 28, 38</sup>. Todos los ítems se valoraron en una escala de cinco alternativas de respuesta (completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo) puntuados de 1 a 5. Considerando los resultados de PZB<sup>22</sup> en el sentido de que los ítems redactados en sentido negativo conformaban un factor independiente en forma artefactual, todos los ítems originales

---

## Anexo 1. Elementos de la versión SERVQUAL empleada

---

### Escala de expectativas SERVQUAL

---

#### Tangibilidad

1. Un buen hospital debe poseer alta tecnología antes que otras cosas.
2. Un buen hospital debe tener habitaciones en perfecto estado antes que otras cosas.

#### Capacidad de respuesta

3. Un buen hospital cuenta con personal que sinceramente se preocupa por los pacientes antes que por otras cosas.

#### Fiabilidad

4. En un buen hospital los profesionales prefieren atender a los pacientes cuando lo necesitan antes que hacer otras cosas.
5. Un buen hospital se caracteriza porque cura eficazmente a sus pacientes antes que por el trato.

#### Seguridad

6. Un buen hospital cuenta con profesionales bien preparados antes que disponer de otras cosas.
7. En un buen hospital los profesionales intentan tratar a los pacientes con cortesía y respeto antes que atender a otros aspectos.

#### Empatía

8. En un buen hospital los profesionales se preocupan de tratar al paciente como persona (no como número) antes que otros aspectos.

### Escala de percepciones SERVQUAL

---

#### Tangibilidad

1. El hospital tiene buenos equipos en sintonía con la tecnología moderna.
2. Las habitaciones del hospital están bien conservadas (dan una apariencia agradable).
3. El personal sanitario va correctamente vestido (uniformado).
4. Las indicaciones (señalizaciones) del hospital permiten orientarse con facilidad.

#### Fiabilidad

5. Cuando alguien del hospital promete una cosa, la cumple.
6. Las consultas médicas se realizan cuando está previsto.

#### Capacidad de respuesta

7. Se nota que cuando algún paciente tiene un problema, el personal del hospital tiene un sincero interés por solucionarlo.
8. En el hospital cuando necesitas algo lo obtienes con rapidez.
9. El personal del hospital está siempre dispuesto para ayudar a los pacientes.

#### Seguridad

10. El personal del hospital transmite confianza (seguridad) a los pacientes.
11. El personal del hospital es amable (cortés) en su trato con la gente.
12. El personal del hospital está preparado para realizar su trabajo.

#### Empatía

13. En el hospital se da un trato personalizado a los pacientes.
14. El personal sanitario del hospital comprende las necesidades de los pacientes.

### Items añadidos a la escala de percepciones SERVQUAL

---

1. Los médicos me han dado suficiente información sobre lo que me pasaba.
  2. Tengo absoluta confianza en los médicos que me han atendido.
  3. El personal de enfermería se ha tomado mucho interés por mí.
  4. Me han hecho demasiadas pruebas sometiéndome a riesgos innecesarios.
  5. Algunas veces el médico y la enfermera hablaban como si yo no estuviera delante.
  6. He tenido que esperar más de lo razonable para ser atendido por un médico.
  7. Desde mi casa me resulta fácil acudir al hospital.
  8. En el hospital me han realizado pruebas (intervenciones) sin pedir mi permiso.
  9. En el hospital he estado ingresado el tiempo necesario.
-

SERVQUAL fueron redactados en sentido positivo. Las puntuaciones en los factores o en las escalas han sido calculadas en virtud del modelo de la desconfirmación con la sola excepción de que, en este caso, las puntuaciones positivas denotan una peor calidad.

## Sujetos

Teniendo en consideración que el tiempo transcurrido desde el alta pudiera ejercer algún efecto, se han considerado como sujetos en este estudio: a) pacientes dados de alta —con exclusión de pediatría— en el tercer y cuarto trimestre de 1993 y primero, segundo y tercer trimestre de 1994 de los hospitales citados (en adelante muestra A); b) población residente en el área de salud de influencia del hospital con ingresos previos, distribuidos entre todas las zonas de salud de cada área sanitaria (en adelante muestra B).

Para una precisión del 5% y nivel de confianza del 95% se determinó un tamaño muestral de 384 sujetos. Este tamaño muestral fue corregido al tratarse de un estudio mediante encuesta por correo para una esperanza de respuesta del 14% conforme a la fórmula  $n = n / (1 - R)$ , lo que ofreció una cifra de 2.742 sujetos. Este porcentaje estimado de respuesta fue calculado en función de la literatura y de la propia experiencia del equipo investigador. Mediante muestreo sistemático se seleccionaron los sujetos de la muestra A, distribuidos entre los tres hospitales. La selección de la muestra B se realizó mediante muestreo estratificado. Los estratos considerados en este caso fueron las zonas de salud de cada área. En cada estrato se procedió a la selección al azar de los sujetos que integraban la muestra manteniendo la proporción observada de habitantes en la población de referencia. Se empleó el listín telefónico, año 1994, asumiendo los errores de muestreo que ello conlleva (resultó imposible recurrir al censo de población de cada municipio). La tasa de respuesta fue del 15,26% en el caso de la muestra A y del 16,29% en el caso de la muestra B.

De la muestra A, 153 eran hombres y 226 mujeres. La proporción por sexo ( $p = 0,906$ ), situación laboral ( $p = 0,394$ ), estado civil ( $p = 0,272$ ) y estudios concluidos ( $p = 0,190$ ) fue proporcional entre hospitales. La media de edad fue de 47,46 años (d.t. = 19,95) y, como media, habían tenido un total de 2,97 ingresos en ese hospital (d.t. = 2,93). Los hombres resultaron ser de mayor edad (54,83, d.t. = 20,67 *versus* 42,43 años, d.t. = 17,82;  $t_{293,84} = 6,04$ ,  $p = 0,0001$ ).

Doscientos sesenta y tres hombres y 163 mujeres componían la muestra B. La proporción por sexo ( $p = 0,299$ ), situación laboral ( $p = 0,638$ ) y estado civil ( $p = 0,783$ ) de quienes respondieron fue proporcional entre hospitales. Existieron diferencias en la muestra en función de los estudios concluidos ( $p = 0,006$ ) con una mayor

proporción de *sin estudios* o *estudios primarios* en Elche y Elda. La medida de edad fue de 51,39 años (d.t. = 17,08). Como media habían estado ingresados en sus hospitales de referencia 2,20 veces (d.t. = 2,69). Los hombres resultaron ser de mayor edad (54,56 d.t. = 16,81 *versus* 46,14, d.t. = 16,14;  $t_{471} = 5,06$ ,  $p = 0,0001$ ).

## Resultados

### SERVQUAL

Con las muestras A y B se analizó la estructura del cuestionario diferenciando entre la escala de percepciones y la de expectativas, siguiendo la metodología utilizada en estudios previos<sup>15,24,38</sup>. Primero, mediante análisis factorial confirmatorio (método de máxima verosimilitud) se pretendió confirmar la estructura teórica original del SERVQUAL en cinco dimensiones descrita por PZB. Los índices de bondad del ajuste obtenidos con la muestra A en este análisis fueron:  $\chi^2 = 2.302,34$ ,  $p < 0,01$ , para 67 gl; Bentler-Bonett normalizado 0,94; CFI 0,95; Lisrel AGFI 0,91; mientras que en el caso de la muestra B:  $\chi^2 = 220,14$ ,  $p < 0,01$ , para 62 gl; Bentler-Bonett normalizado 0,93; CFI 0,95; Lisrel AGFI 0,90. En la tabla 1 se presenta la estructura teórica

**Tabla 1. Estructura teórica de la escala de percepciones SERVQUAL. Resultados del análisis factorial confirmatorio (parámetros estimados de cada elemento)**

Factor / elementos	Muestra A	Muestra B
<b>Tangibilidad</b>		
Buenos equipos biomédicos	0,52	0,51
Habitaciones bien conservadas	0,63	0,56
Personal correctamente uniformado	0,60	0,50
Señalizaciones adecuadas	0,54	0,49
<b>Fiabilidad</b>		
Cumplimiento consultas médicas	0,79	0,67
Promesas cumplidas	0,65	0,55
<b>Capacidad de respuesta</b>		
Interés por solucionar problemas	0,77	0,84
Rapidez de respuesta	0,75	0,76
Disponibilidad de ayuda	0,82	0,85
<b>Seguridad</b>		
Personal transmite confianza	0,79	0,81
Personal es amable y cortés	0,76	0,78
Personal competente	0,66	0,64
<b>Empatía</b>		
Trato personalizado	0,79	0,81
Personal comprende necesidades	0,79	0,78

del SERVQUAL y los parámetros estimados en el análisis factorial confirmatorio de cada ítem en relación al factor teórico en el que debía mostrar saturaciones significativas. Dado que estos resultados sugerían una estructura diferente a la teórica original se realizó un análisis factorial exploratorio con el objetivo de conocer cómo se agrupaban los ítems en los cinco factores. En la aplicación de esta técnica se utilizó primero el método de cálculo de máxima verosimilitud y rotación oblicua (Oblimin), el mismo que habían utilizado PZB. Sin embargo, este método no ofreció una solución factorial fácilmente interpretable: en el caso de los datos de la muestra A se obtuvieron dos factores que explicaban el 50,6% de la varianza (con un primer factor que explicó el 45,9%); ambos factores se hallaban altamente intercorrelacionados (lo que sugería que se trataba de una escala unidimensional); y algunos ítems presentaban saturaciones muy significativas en ambos factores. Por todas estas razones, se procedió a un segundo análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales seguido de rotación Varimax, pretendiendo así determinar la estructura del cuestionario con mayor detalle. Obtuvimos así, tanto con la muestra A como con la B, dos factores más fácilmente interpretables. En el caso de la muestra A, el primer factor (48,60% de varianza explicada) incluía los ítems correspondientes a los factores originales de PZB de seguridad, capacidad de respuesta, fiabilidad y empatía; y el segundo factor (8,80% de varianza explicada) incluía todos los ítems del factor original de PZB denominado tangibilidad. El análisis de los datos obtenidos en la muestra B con esta metodología, confirmaba un primer factor (51% de varianza explicada) que incluía los ítems correspondientes a los factores originales de PZB de seguridad, capacidad de respuesta, fiabilidad y empatía, a excepción del ítem *consultas médicas se realizan cuando está previsto*; y un segundo factor (9,30% de varianza explicada) que incluía todos los ítems del factor original de PZB denominado tangibilidad y el ítem antes enunciado del factor original fiabilidad.

La fiabilidad de la escala de percepciones SERVQUAL (de 14 ítems) arrojó los siguientes resultados: muestra A Alfa de Cronbach = 0,91, método de la división por mitades 0,82, Spearman-Brown 0,90. Considerando la no unidimensionalidad de la escala se calculó también la consistencia interna de cada uno de los factores obtenidos como resultado del análisis factorial exploratorio realizado. Estos cálculos se realizaron con distintas muestras y submuestras (por sexo y grupos de edad). Los valores del Alfa de Cronbach de la escala al ir eliminando uno a uno los ítems que la formaban y la correlación ítem-total como métodos de análisis de los elementos del cuestionario para determinar si convenía retener todos los ítems o eliminar alguno. En el primer caso, los valores del

Alfa de Cronbach no variaron significativamente en torno a los valores Alfa de cada factor; mientras que en el segundo caso todas las correlaciones calculadas fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ). Todos los elementos fueron retenidos, por tanto, en los cálculos siguientes.

El resultado del análisis factorial de la escala de expectativas (tabla 2) permitió aislar dos factores que, en el caso de la muestra A explicaban el 49,30% de la varianza: factor 1, incluyó todos los ítems de la escala de expectativas a excepción de los referentes al factor original tangibilidad; y factor 2, que incluyó los ítems del factor tangibilidad. En el caso del análisis de los datos de la muestra B, se aislaron también dos factores que explicaban el 61,80% de la varianza (47,8% y 14%, respectivamente): factor 1, incluyó los mismos ítems que en el caso anterior a excepción de *un hospital se caracteriza porque cura, antes que por otras cosas*; y factor 2, que incluyó los ítems referentes al factor original tangibilidad más el ítem antes referido. Los factores pasaron a denominarse calidad del servicio y tangibilidad, respectivamente.

**Tabla 2. Análisis factorial exploratorio. Escala de expectativas SERVQUAL**

Elementos de la escala	Factor 1		Factor 2	
	Calidad serv.		Tangibilidad	
Trato personalizado	<b>0,71</b>	<i>0,77</i>		
Prioridad en la atención a los pacientes	<b>0,69</b>	<i>0,83</i>		
Preocupación por los pacientes	<b>0,69</b>	<i>0,75</i>		
Interés por solucionar problemas	<b>0,67</b>	<i>0,74</i>		
Trato y cortesía	<b>0,63</b>	<i>0,62</i>		
Profesionales bien preparados	<b>0,51</b>	<i>0,69</i>		
Buenos equipos biomédicos			<b>0,82</b>	<i>0,83</i>
Habitaciones bien conservadas			<b>0,74</b>	<i>0,76</i>
Cura eficazmente			<b>0,55</b>	<i>0,68</i>
Eigenvalues	<b>3,11</b>	<i>4,07</i>	<b>1,32</b>	<i>1,30</i>
Porcentaje varianza explicada	<b>34,6</b>	<i>47,8</i>	<b>14,7</b>	<i>14,4</i>

**negrita muestra A** - *italica muestra B*

Se incluyen sólo valores estadísticamente significativos de las saturaciones de los ítems en los factores para una mejor comprensión de la tabla.

El valor Alfa de Cronbach, empleado para determinar la *fiabilidad* de la escala de expectativas, fue de 0,74 en la muestra A y de 0,86 en la muestra B. La *fiabilidad* de la división por mitades 0,72 (Spearman-Brown 0,84). Tanto los valores del Alfa de Cronbach al eliminar uno a uno los ítems como los valores de la correlación ítem-total (que oscilaron entre 0,29 y 0,67), aconsejaron retener todos los ítems para los cálculos siguientes. Al considerar que la escala no es unidi-

mensional, se procedió a calcular la consistencia interna de los factores que osciló entre 0,69 y 0,87 en el caso del factor *calidad del servicio* y entre 0,49 y 0,71 en el caso del factor *tangibilidad* en las diferentes muestras y submuestras (por sexo y grupos de edad) estimadas.

*Consistencia interna de las puntuaciones de la diferencia entre expectativas y percepciones*

La consistencia interna de las puntuaciones de la diferencia entre expectativas y percepciones (puntuaciones E-P) fue calculada por la fórmula (1) que arrojó los siguientes resultados: muestra A 0,73; muestra B 0,84. La consistencia interna (Alfa de Cronbach) de los factores fueron: (a) *calidad del servicio*, 0,81 y 0,86; (b) *tangibilidad*, 0,50 y 0,52 en las muestras A y B, respectivamente.

*Capacidad predictiva de las diferentes escalas del SERVQUAL*

En la tabla 3 se muestra la capacidad predictiva de cada una de las escalas del SERVQUAL empleadas (percepciones, expectativas y puntuaciones E-P) sobre seis criterios predictivos concurrentes: satisfacción del paciente, si recomendaría a otro paciente el hospital, si consideraba que no había sido sometido a riesgos innecesarios al realizarle pruebas diagnósticas, si el personal daba muestras de interés por el paciente, las esperas y demoras no eran excesivas y acerca de la fre-

cuencia del consentimiento informado. La escala de expectativas demostró una pobre capacidad predictiva (en torno al 4% de varianza explicada). Las puntuaciones E-P explicaron una proporción mayor de la varianza (en torno al 25%) siendo el factor al que denominamos *calidad del servicio* el que mostró mayor capacidad predictiva. La escala de percepciones explicó el 49% del total de la varianza. En todos los casos la capacidad predictiva de las puntuaciones fue muy escasa o nula cuando se trataba de los criterios consensuados de calidad asistencial como: riesgos calculados en pruebas, personal actúa ignorando al paciente, tiempos de espera no excesivos y práctica del consentimiento informado.

*SERVQHOS*

La *validez de construcción* del cuestionario SERVQHOS se estableció por el procedimiento de componentes principales seguido de rotación Varimax (otros procedimientos de extracción y rotación no ofrecieron mejores resultados). Este procedimiento sugirió la existencia de cuatro factores de primer orden que permitían explicar el 56% de la varianza. Dado que el ítem *habitaciones bien conservadas* en esta solución factorial mostró saturaciones significativas en dos factores a la vez, se suprimió en los siguientes cálculos. En la tabla 4 se muestra la solución factorial y la consistencia interna de cada uno de los factores obtenida tras realizar el mismo cálculo tras ser eliminado el ítem sobre el estado de las habitaciones. En este segundo análisis factorial apare-

**Tabla 3. Correlaciones entre las puntuaciones de las escalas y los criterios predictivos concurrentes**

Escalas	Criterios predictivos concurrentes							
	a	b	a#	b#	c	d	e	f
<b>Percepción SERVQUAL</b>								
Calidad del servicio	0,705**	0,547**	0,649**	0,569**	-0,069	0,078	0,078	-0,012
Tangibilidad	0,488**	0,469**	0,504**	0,457**	-0,048	-0,038	-0,036	-0,111*
Global	0,684**	0,578**	0,667**	0,588**	-0,067	0,029	0,029	-0,065
<b>Expectativa</b>								
Calidad del servicio	0,206**	0,107*	0,210**	0,182**	-0,087	0,007	-0,050	0,032
Tangibilidad	0,133*	0,132*	0,157**	0,131*	-0,173**	-0,127*	-0,175**	-0,196**
Global	0,194**	0,183**	0,202**	0,173**	-0,198**	-0,138**	-0,190**	-0,156**
<b>E-P SERVQUAL</b>								
E-P Calidad del servicio	-0,527	-0,437**	-0,508**	-0,448**	-0,012	-0,074*	-0,121*	0,006
E-P Tangibilidad	-0,239**	-0,215**	-0,273**	-0,264**	-0,125*	-0,095	-0,137**	-0,100
Puntuación SERVQUAL	-0,489**	-0,398**	-0,495**	-0,439**	-0,111*	-0,146**	-0,191**	-0,083

a: satisfacción del paciente; b: recomendaría hospital; c: riesgos calculados en pruebas; d: personal no ignora al paciente; e: espera no es excesiva; f: consentimiento informado; #: muestra B.

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01.

**Tabla 4. Análisis factorial de la escala de percepciones SERVQHOS**

Elementos del cuestionario	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
	Calidad del servicio	Ética percibida	Relación con médico	Aspectos tangibles
Disponibilidad de ayuda	0,85			
Personal transmite confianza	0,83			
Interés por solucionar problemas	0,82			
Personal es amable y cortés	0,80			
Trato personalizado	0,78			
Rapidez de respuesta	0,76			
Personal comprende necesidades	0,73			
Enfermería toma interés por pacientes	0,66			
Promesas cumplidas	0,64			
Personal competente	0,58			
Cumplimiento consultas médicas	0,49			
Riesgos calculados en pruebas		0,80		
Consentimiento informado		0,75		
Personal no ignora al paciente		0,73		
Espera no es excesiva		0,62		
Paciente confía en los médicos			0,76	
Médicos informan suficientemente			0,74	
Tiempo de estancia apropiado			0,62	
Señalizaciones adecuadas				0,69
Buenos equipos biomédicos				0,55
Personal correctamente uniformado				0,49
Accesibilidad física				0,49
Eigenvalores	7,83	2,22	1,29	1,18
Porcentaje varianza explicada	35,60	10,10	5,90	5,40
Alfa de Cronbach	0,93	0,72	0,73	0,49

Se incluyen sólo valores estadísticamente significativos de las saturaciones de los ítems en los factores para una mejor comprensión de la tabla.

cieron cuatro factores de primer orden que explicaban el 57% de la varianza, con un factor principal que explicaba el 35,6%. En esta última solución factorial, el ítem *accesibilidad física* presentó una comunalidad de 0,28, mientras que el resto de los ítems mostraron saturaciones superiores a 0,40. No se suprimió ninguno de los ítems en los cálculos siguientes.

Teniendo en cuenta las saturaciones de los ítems en cada factor, éstos fueron denominados de la siguiente forma:

- Factor 1, *calidad del servicio*, incluye los ítems originales del cuestionario SERVQUAL a excepción de los referentes al factor definido *a priori* tangibilidad. Se incorpora un ítem sobre la atención de enfermería.
- Factor 2, *ética percibida*, incluye los ítems referidos al consentimiento informado, a que el personal en su proceder clínico no ignora los derechos del paciente, a que las esperas en el hospital para recibir atención no sean excesivas y a los riesgos derivados de pruebas diagnósticas.

- Factor 3, *relación con el médico*, incluye los ítems referidos a la confianza en los médicos, a la información que facilita el médico y a si el tiempo de ingreso es considerado adecuado por el paciente.
- Factor 4, *aspectos tangibles*, incluye los ítems originales del cuestionario SERVQUAL del factor definido *a priori* tangibilidad. Incorpora el ítem 21 sobre la accesibilidad física al hospital.

En cuanto a la *consistencia interna* del cuestionario SERVQHOS el valor Alfa de Cronbach fue de 0,87. El cálculo de la fiabilidad realizado por el procedimiento de la división por mitades fue de 0,63 (coeficiente Spearman-Brown 0,77). El test de Turkey arrojó los siguientes resultados: F para las diferencias de medias entre ítems de 40,50 ( $p = 0,0001$ , gl 22,309), F de no aditividad de 2,19 ( $p = 0,139$ , gl 1,309), cumpliendo SERVQHOS condiciones adecuadas para ser utilizado en el medio hospitalario.

Seguidamente se calculó el Alfa de Cronbach de cada factor al ir eliminando los ítems y el valor de la correlación ítem-total como métodos de análisis de la



Tabla 5. Capacidad predictiva de las escalas analizadas (% varianza explicada)

	Percepción SERVQUAL		E-P SERVQUAL		Percepción SERVQHOS		E-P SERVQHOS	
Satisfacción del paciente <sup>a</sup>	<b>0,51</b>	<i>0,45</i>	<b>0,34</b>	<i>0,29</i>	<b>0,38</b>	<b>0,55*</b>	<b>0,13</b>	<b>0,40*</b>
Alicante <sup>a</sup>	<b>0,54</b>	<i>0,52</i>	<b>0,45</b>	<i>0,25</i>	<b>0,46</b>	<b>0,59*</b>	<b>0,30</b>	<b>0,56*</b>
Elche <sup>a</sup>	<b>0,44</b>	<i>0,29</i>	<b>0,26</b>	<i>0,22</i>	<b>0,34</b>	<b>0,53*</b>	<b>0,12</b>	<b>0,38*</b>
Elda <sup>a</sup>	<b>0,55</b>	<i>0,55</i>	<b>0,35</b>	<i>0,38</i>	<b>0,35</b>	<b>0,58*</b>	<b>0,03</b>	<b>0,27*</b>
Recomendaría el hospital <sup>b</sup>	<b>72,58</b>	<i>68,86</i>	<b>66,38</b>	<i>59,84</i>	<b>66,12</b>	<b>76,36*</b>	<b>54,83</b>	<b>67,93*</b>
Alicante <sup>b</sup>	<b>74,24</b>	<i>79,83</i>	<b>66,12</b>	<i>62,39</i>	<b>68,12</b>	<b>79,09*</b>	<b>61,39</b>	<b>76,47*</b>
Elche <sup>b</sup>	<b>81,42</b>	<i>45,04</i>	<b>71,17</b>	<i>70,34</i>	<b>73,12</b>	<b>81,63*</b>	<b>60,44</b>	<b>72,92*</b>
Elda <sup>b</sup>	<b>66,93</b>	<i>71,90</i>	<b>64,71</b>	<i>58,22</i>	<b>63,73</b>	<b>75,24*</b>	<b>45,92</b>	<b>73,27*</b>

a: varianza explicada, análisis regresión múltiple; b: porcentaje de respuestas correctamente clasificadas, análisis discriminante.

**negrita muestra A - itálica muestra B**

\* Ética percibida no incluido.

idoneidad de los ítems. En el primer caso los valores del Alfa de Cronbach oscilaron alrededor del valor del Alfa del factor, excepto en el factor *relación con el médico*, cuando al eliminar el ítem *tiempo apropiado de estancia en el hospital* el valor sería de 0,81; y en el factor *aspectos tangibles*, cuando al eliminar el ítem *accesibilidad física* se produciría un aumento a 0,53. Los valores de la correlación ítem-total alcanzan en todos los casos valores estadísticamente significativos. La capacidad de los ítems para discriminar entre pacientes satisfechos e insatisfechos (criterio «satisfacción del paciente») se determinó mediante análisis discriminante. Este procedimiento permitió un porcentaje de clasificaciones correctas del nivel de satisfacción del paciente del 69,58%. Los ítems con menor capacidad discriminante fueron: —*riesgos calculados en pruebas*— ( $p = 0,054$ ), —*personal no ignora al paciente*— ( $p = 0,129$ ), —*espera razonable*— ( $p = 0,235$ ), —*accesibilidad física*— ( $p = 0,282$ ) y —*consentimiento informado*— ( $p = 0,093$ ); los ítems con mejor capacidad discriminante fueron: *personal transmite confianza*, *paciente confía en los médicos*, *enfermería toma interés*, *personal amable* y *cortes e interés por solucionar problemas*, por este orden.

#### SERVQUAL versus SERVQHOS

La capacidad predictiva de las versiones de los cuestionarios SERVQUAL y SERVQHOS empleados se estimó mediante análisis de regresión respecto del criterio *satisfacción del paciente* y mediante análisis discriminante respecto del criterio *recomendabilidad del hospital*. En la tabla 5 se muestran los resultados obtenidos en los diferentes análisis que confirman la mayor capacidad predictiva de la versión escala de percepciones-SERVQHOS en todas las submuestras. Este cálculo fue elaborado incluyendo y excluyendo el factor que denominamos *ética percibida* habida cuenta de los resultados arriba comentados respecto de su consis-

tencia interna. Cuando la puntuación en este factor no es considerada, mejora en forma ostensible la capacidad predictiva de la escala. La puntuación SERVQHOS demostró una mayor capacidad predictiva que la puntuación SERVQUAL, particularmente, como se ha comentado al no incluir la puntuación en el factor *ética percibida*. No obstante, como se ve en la tabla 5, la relación entre la escala de percepciones-SERVQHOS y los criterios concurrentes fue más sólida que la relación entre E-P-SERVQHOS y dichos criterios.

#### Discusión

La CS percibida por el cliente es una evaluación poco frecuente en el sector sanitario, donde se prefiere medir la satisfacción del paciente respecto a una interacción puntual con un profesional, dispositivo o servicio del sistema sanitario. Sin embargo, la tendencia más actual es evaluar directamente CS percibida<sup>44,45</sup>, entre otras razones porque facilita la toma de decisiones para la gestión de la calidad incorporando el punto de vista del cliente, al tiempo que se supone que condiciona y es antecedente de la satisfacción del paciente<sup>26,46</sup>. CS y satisfacción del paciente responden a planteamientos diferentes y mientras la primera se considera que hace referencia a la congruencia entre servicio deseado y recibido la segunda hace referencia a la congruencia entre servicio esperado y recibido<sup>47,48</sup>. Así, mientras que la satisfacción del paciente aparece más directamente relacionada con el concepto de calidad *funcional* o *interactiva*, la medida de la CS percibida por el paciente, en nuestra opinión, hace referencia a una valoración más global del cuidado y atenciones hospitalarias, más relacionada con el concepto de calidad *corporativa* (que hace referencia a la imagen global del hospital que se forma el paciente). Cuanto más se demore en el tiempo la evaluación, menos hará referencia a los compo-

nentes técnicos y funcionales y mayor relación con los aspectos corporativos. Por la misma razón, campañas de comunicación corporativa llegan a afectar (positiva —cuando ocurre cumplimiento de lo prometido— o negativamente —cuando se produce incumplimiento—) a la calidad percibida por el cliente, sin que se haya alterado la calidad técnica del producto, como muy bien se sabe desde las empresas privadas y públicas que invierten en publicidad.

En opinión de Mira y cols.<sup>5</sup> y Williams<sup>49</sup>, muchas encuestas de satisfacción sirven al propósito de mantener el *status quo*, más que para identificar problemas en la prestación de los servicios sanitarios. Además, plantean interrogantes tanto metodológicos como en el plano teórico para justificar/explicar esta medida. Si bien el cuestionario SERVQUAL presenta ventajas, no debiera asumirse sin actitud crítica su utilización en un medio tan diferenciado como es el sanitario, con unas particulares condiciones organizativas que lo distancian del contexto habitual de empleo del SERVQUAL (por ejemplo, quién asume la responsabilidad de qué precisa el paciente es el proveedor del servicio y, específicamente en el sector público español, donde no existe pago directo por la atención, la clientela es cautiva y, se da una situación en la práctica de monopolio).

Aun cuando han surgido instrumentos en el medio sanitario basados en la metodología del *paradigma de la desconfirmación*<sup>40,41</sup> no existen en nuestro país estudios empíricos sobre las características psicométricas del SERVQUAL en su aplicación hospitalaria. En este estudio se ha pretendido cubrir ese vacío. Para ello se ha analizado su estructura psicométrica y se han incorporado nuevos elementos (construyendo una versión que denominamos SERVQHOS), analizando también su estructura, sus elementos y su validez discriminante y predictiva, siguiendo la metodología utilizada por PZB<sup>15</sup>. Los resultados conducen a varias reflexiones.

Mediante SERVQUAL/SERVQHOS estamos midiendo aspectos más directamente relacionados con calidad *corporativa* que con calidad *técnica* o *funcional*. La mayor importancia de esta medida estriba en que colorea las opiniones del cliente sobre la calidad técnica y funcional del servicio. Además de los efectos de la publicidad arriba comentados, existe un efecto de halo en los diferentes momentos de la prestación del servicio de tal modo que una impresión inicial condiciona posteriores evaluaciones. En un estudio previo<sup>50</sup> observamos cómo, por ejemplo, el trato al paciente en admisión condicionaba la valoración que éste hacía de la duración de la espera para entrar a la consulta del médico.

Hemos comprobado que elementos considerados *a priori* de buena calidad, como el consentimiento informado o el sometimiento a pruebas libres de riesgo, no las asocia el paciente a un cuidado excelente o a una mayor satisfacción. Este fenómeno de calidad *no reconocida* presupone una habitual fuente de frustra-

ción para los profesionales. Es un hecho que la calidad *objetiva* de la asistencia sanitaria no necesariamente se relaciona con la satisfacción del paciente<sup>54</sup>, lo que ha llevado a plantear la duda sobre qué reflejan realmente estas medidas y que en ocasiones no sean consideradas como un buen evaluador del resultado de la asistencia sanitaria. Como otros autores<sup>37,52</sup>, hallamos que uno de los aspectos que menos puntuaron para los entrevistados fue, precisamente, *curarse de su enfermedad*, siendo para los pacientes más importante la *empatía* en el trato y la *capacidad de respuesta* ante sus demandas. Para los entrevistados el hospital ideal debe caracterizarse, sobre todo, por dar prioridad a la atención a los pacientes. Aunque es cierto que este resultado puede derivarse del hecho de que en la actualidad los encuestados habían recibido el alta hospitalaria, no deja de resultar sorprendente y confirma las opiniones de quienes consideran que los aspectos relativos al proceso son más determinantes que los aspectos relativos al resultado<sup>53-55</sup>. Estos datos pueden también interpretarse en el sentido de que el sector sanitario debe reconocer que las definiciones de CS que los profesionales elaboran no siempre coinciden con los planteamientos de los clientes del sector. En realidad, a los cinco desajustes del modelo de PZB<sup>13</sup> se podría añadir un sexto definido por las diferentes percepciones del cuidado entre proveedores del mismo y los pacientes y sus familiares<sup>56,57</sup>.

Las expectativas pueden estar influenciadas por experiencias previas y reflejar la satisfacción con el servicio recibido<sup>58</sup>, o estar afectadas por la familiaridad con el trato en el hospital<sup>24</sup>, o por el *boca a boca* o las necesidades personales del propio paciente<sup>13</sup>. Medir expectativas es particularmente complejo. En una reciente revisión teórica de la literatura<sup>59</sup> se describen: expectativas de *lo ideal* (aspiración o deseo); *predictivas* (resultado anticipado, lo que *ofrecerá* el servicio), típicas de los estudios sobre satisfacción, utilizadas para comparar con la competencia; *normativas* (lo que debería suceder), utilizadas en los estudios sobre CS; y *no elaboradas* (sin expectativa al respecto), estas últimas sugeridas por Williams<sup>49</sup>. Para calcular la magnitud del desajuste PZB compararon percepciones con expectativas normativas. En este estudio se ha pretendido medir expectativas normativas (lo que debiera ofrecer el hospital a juicio del paciente). Sin embargo, en nuestro estudio, como en el resto, estamos pidiendo al encuestado que nos diga cómo percibió el servicio profesional recibido hace un tiempo (un mes, dos o más) y lo comparamos teóricamente con la expectativa de lo ideal. Puesto que el paciente responde una vez recibido el servicio, comparamos más probablemente con una aproximación a su expectativa normativa/predictiva<sup>60</sup>. Por otro lado, hay que tener presente que cuando se trata de expectativas sobre bienes/servicios perecederos la satisfacción del cliente sí parece ser función de las expectativas (paradigma de la desconfirmación

de la expectativa, como lo denominaron Cadotte, Woodruff y Jenkins<sup>64</sup>), mientras que cuando se trata de bienes/servicios no-perecederos (duraderos o de consumo continuado en el tiempo como es el caso de los servicios hospitalarios) la satisfacción del paciente sólo ha demostrado estar en función de las percepciones<sup>61,62</sup>. Según la teoría los cumplimientos/incumplimientos con lo esperado determinarán el nivel de satisfacción/CS con alguna salvaguarda<sup>63</sup>: la satisfacción/CS se logra especialmente al recibir lo que no se espera (*calidad inesperada*)<sup>64</sup>. Probablemente, además, los resultados en estas evaluaciones no serán iguales en sistemas sanitarios con mercado desregulado, donde se dan ciertas dosis de competitividad entre proveedores y donde los clientes no son cautivos<sup>65</sup>, razones que justifican los diferentes resultados de los estudios realizados en Norteamérica o en países con sistemas nacionales de salud. En ese entorno los consumidores poseerán expectativas normativas y predictivas probablemente diferentes, e incluso los mismos proveedores adoptarán perspectivas diferentes en su actuación profesional (de hecho, en ese supuesto su *red de vendedores* está basada fundamentalmente en sus pacientes). En cambio, en la situación del sector sanitario público como el español, cabe hipotetizar sin mucho esfuerzo que la coyuntura política, social, o los avatares de un gobierno, afectan a la imagen corporativa del sector público y promueven el efecto de calidad no reconocida.

Hemos hecho mención a las diferencias del sector sanitario con otros ámbitos del sector servicios, a la hora de evaluar CS. El producto hospitalario es múltiple, incluso en ocasiones incluye productos desconocidos o aún por definir, eminentemente *artesanal* y donde existe lo que podríamos denominar un *valor añadido de la firma* del actor que presta la atención médica. No en vano utilizamos el término *paciente* para referirnos al *cliente* de la atención médica, enfatizando así la importancia de la relación médico-paciente y, por tanto, las diferencias con otros tipos de clientes de servicios bancarios, transportes, restauración u hostelería, por citar algunos sectores. Para el paciente muchas veces no es lo mismo ser operado por el cirujano X que por el cirujano Y. El médico X posee un valor añadido especial que para el paciente *colorea* otras evaluaciones de su trabajo o de su entorno. No siempre el paciente posee expectativas concretas<sup>49</sup> sobre la asistencia sanitaria que recibirá; es más, en muchas ocasiones adopta un papel esencialmente pasivo, ya que da por hecho que *está en buenas manos*. En estas circunstancias y a tenor de nuestros resultados, el paciente vuelve su atención a los aspectos del entorno y del trato. Por esta razón, SERVQUAL debe modificarse ligeramente para poder emplearse con mayor rigor y aprovechar mejor sus ventajas para monitorizar el logro de los objetivos de calidad de la asistencia sanitaria. En este sentido, las sugerencias de algunos autores<sup>40,41</sup> podrían ser consideradas en futuros estudios sobre este instrumento para mejo-

rarlo. Pese a lo afirmado, no debemos olvidar la posibilidad de utilizar otros instrumentos que, como el PJHQ<sup>35</sup>, han demostrado reunir adecuadas condiciones, aunque su longitud supone un factor en contra. Con todo, probablemente la mayor utilidad de todos estos instrumentos sea monitorizar el cuidado, con su uso rutinario, cada seis meses por ejemplo<sup>8,66</sup>, como parte de los menús de calidad de los centros.

La alternativa a estas evaluaciones viene de la mano de la metodología del *informe del usuario*<sup>8,67</sup>. Con esta técnica se pretende hallar desajustes en la prestación del servicio interrogando a los pacientes sobre determinados aspectos de la asistencia sanitaria, como por ejemplo: ¿recibió Vd. información sobre los efectos secundarios de...? en vez de preguntarle ¿está Vd. satisfecho con la información que le facilitaron? En nuestro estudio, los ítems que conforman el factor que hemos denominado *ética percibida* se asemejan más a los elementos empleados en los informes del usuario que a los ítems de las encuestas de satisfacción/calidad. Probablemente, por esta razón no interactúan de la misma forma que el resto de elementos con la medida de la satisfacción del paciente o la recomendabilidad del hospital. Este tipo de aproximación metodológica parece especialmente prometedora con respecto de la calidad técnica e incluso funcional, pero puede no resultar conveniente para evaluar los aspectos corporativos.

Al emplear SERVQUAL no hay que olvidar que es una medida en revisión sobre la que existe abierta una polémica sobre la información que brinda<sup>68-70</sup> y de la que parece que algunos de sus ítems plantean problemas de comprensión, especialmente los de la escala de expectativas<sup>28</sup>. No siempre está claro qué es lo que estamos preguntando a los encuestados en esta escala. Además, tal y como se apuntó, la escala que evalúa las percepciones del cliente ha demostrado tener mayor capacidad predictiva (por ejemplo, sobre la satisfacción de ese cliente o sobre su conducta de compra/fidelidad a la marca) que la magnitud de la diferencia entre expectativas y percepciones. Por esta razón, a diferencia de otros autores<sup>37</sup>, optamos por analizar previamente las características del instrumento de medida y estudiar cómo mejorarlo para su aplicabilidad al medio hospitalario.

Los resultados de esta investigación han confirmado los puntos débiles reflejados en la literatura respecto del SERVQUAL (y por extensión del SERVQHOS) y, específicamente, sugieren que se trata de un cuestionario más bien unidimensional (las altas intercorrelaciones entre los factores y los elevados valores del alfa de Cronbach confirman la hipótesis de Cronin y Taylor<sup>26</sup>), no aditivo y en el que las puntuaciones en la escala de percepciones del servicio son un indicador de la calidad percibida superior incluso al paradigma de la desconfirmación. Los propios PZB<sup>57,59,60</sup> han presentado resultados coincidentes con estas valoraciones, aunque insisten en la bondad de la medida SERVQUAL.

No obstante, hay que señalar algunas diferencias en el diseño entre PZB y este estudio. PZB emplearon SERVQUAL en los tres meses siguientes a la prestación del servicio y utilizaron una versión de 22 pares de elementos. En este estudio los pacientes hacía como mínimo tres meses que habían sido dados de alta y el número de elementos empleado fue sensiblemente menor.

Al igual que en el estudio de Babakus y Mangold<sup>38</sup> la bondad del ajuste en el análisis estructural ha alcanzado valores significativos estadísticamente, lo que es indicativo de un pobre ajuste al modelo de PZB. Sin embargo, los índices de ajuste, tanto Bentler-Bonnet como LISREL son muy satisfactorios, lo que sumado a la significación de los parámetros estimados, estarían sugiriendo que el modelo es aceptable, máxime si tenemos en cuenta que el valor  $\chi^2$  es especialmente sensible a las desviaciones de la normalidad en las puntuaciones. La asimetría de algunas de las medidas ha sido negativa y significativa, lo que podría distorsionar ligeramente el resultado del análisis<sup>71</sup> como sucedió en el estudio citado de Babakus y Mangold. La estructura del cuestionario SERVQHOS coincide en la línea de los últimos análisis de PZB<sup>70</sup> donde las dimensiones *tangibilidad* y *fiabilidad* forman factores independientes del resto (que se agrupan conformando un único factor). Todas estas circunstancias hacen que no pueda afirmarse con rotundidad que las dimensiones *a priori* definidas por PZB no queden reflejadas en SERVQHOS.

La versión SERVQHOS diseñada para ser utilizada en el medio hospitalario ha demostrado tener un mejor comportamiento que la versión basada en los ítems originales SERVQUAL. El factor *relación con el médico* mejora la capacidad del cuestionario, y los datos sobre validez externa y discriminante avalan la versión SERVQHOS, en especial al incorporar el ítem sobre *estado de las habitaciones* que mejora la capacidad predictiva del instrumento (correlación de la puntuación en el factor *tangibilidad* con *satisfacción del paciente* de 0,47; 71,38% de clasificaciones correctas en el criterio «¿resulta recomendable el hospital?»). Por otro lado, al igual que en el estudio de Bowers, Swan y Koehler<sup>40</sup> el factor de *tangibilidad* ha demostrado una menor relación con la variable *satisfacción del paciente* mientras que los aspectos de *empatía*, *fiabilidad* y *capacidad de respuesta*, integrados en nuestro estudio en el factor *calidad del servicio*, mostraron una más intensa relación con los criterios externos pre-definidos. La pobre capacidad predictiva del factor denominado *ética percibida* puede deberse a varias razones intrínsecas del diseño: problema de comprensión, redacción, orden de los ítems. Aunque resulta difícil precisarlo, alguna de estas circunstancias pudiera distorsionar la solución factorial hallada. No obstante, es también probable, como apuntábamos más arriba, que estos ítems exploren aspectos cualitativamente distintos. Por último, hay que señalar que la versión SERVQHOS, aunque con alfas

aceptables, no es superior en cuanto a consistencia interna a SERVQUAL.

PZB<sup>70,72,73</sup> sugirieron, para superar gran parte de las críticas a su modelo, diferenciar entre valor *predictivo* y valor *diagnóstico* a la hora de utilizar SERVQUAL. Esta idea tiene cierta validez y hemos hallado datos que avalan su utilidad<sup>74</sup>. Parece, por tanto, que resulta útil seguir empleando las puntuaciones derivadas del paradigma de la desconfirmación (diferencia entre expectativas y percepciones) como método de obtención de información para la mejora continua de la CS, reservando en todo caso la medida de las percepciones del cliente como medida más relacionada con el resultado. La información obtenida de la diferencia entre percepciones y expectativas resulta práctica a la hora de fijar objetivos de CS y fácilmente comprensible (en nuestro caso, los aspectos de empatía y capacidad de respuesta parecen ser los peor evaluados y a la vez los más deseados, por lo que resulta menos decisivo prestar atención al entorno y se justifica que nos centremos en la capacitación<sup>71</sup> de los profesionales y de los procesos de atención). A la vista de estos datos, constituye una línea de futuro analizar más detalladamente el valor diagnóstico (en términos de PZB) del desajuste entre expectativas y percepciones.

Algunas otras sugerencias pueden realizarse a partir de estos resultados. Primero, es recomendable introducir ciertas modificaciones en la estructura del SERVQUAL en el medio hospitalario, una de ellas sería evaluar percepciones y expectativas con la misma frase (por ejemplo, «la comida estaba mucho más apetecible de lo que yo esperaba») evitando así los problemas detectados al emplear la escala de expectativas y el paradigma de la desconfirmación<sup>24,70</sup>. Intuitivamente parece, además, aconsejable que las medidas de CS dentro de los programas de mejora de la calidad de los centros se realicen particularizando la medida en las diferentes unidades o servicios del hospital. Nuestra impresión es que mediciones globales ofertan probablemente menor información para la mejora de la CS. Dado que las expectativas normativas son más estables en el tiempo, pudiera no resultar necesario, como afirmaron Babakus y Mangold<sup>38</sup>, realizar la evaluación de este tipo de expectativas cada vez que se utiliza SERVQUAL o medidas derivadas (SERVQHOS). En cambio, pudiera ser mucho más interesante conocer las expectativas predictivas<sup>60</sup>. PZB<sup>57</sup> han sugerido que entre el servicio adecuado (mínimo aceptable) y el servicio deseado (el que debería prestarse) existe una *zona de tolerancia* (rango en el que el servicio es satisfactorio, podríamos decir nosotros más acertadamente, aceptable/adecuado). Conforme a esta idea, para que el servicio sanitario fuera aceptable se deberían definir procedimientos acordes a las expectativas (o modificarlas); y para que fuera satisfactorio para el paciente se tendrían que definir procedimientos que ocasionaran *inputs* inesperados (de los que no existe expectativa previa) y positivos. Por otro

lado, los criterios externos concurrentes utilizados en este estudio fueron seleccionados en virtud de haber sido utilizados por otros investigadores, incluidos PZB. No obstante, investigaciones posteriores en el sector sanitario debieran explorar la conveniencia de utilizar otros criterios más objetivos (por ejemplo, en relación a la cumplimentación terapéutica) y más directamente relacionados con la CS. Por último, es necesario profundizar en el estudio de la *no respuesta* en este tipo de metodologías. No hay que olvidar la existencia de algunos datos que apuntan a que la *no respuesta* se asocia a insatisfacción<sup>75</sup> y, por tanto, a una distorsión en los resultados cuando se trata de evaluar CS. Aunque en este estudio la tasa de respuesta ha sido seis puntos superior a la obtenida por PZB<sup>70</sup> utilizando SERVQUAL, no cabe duda que la *no respuesta* representa un sensible problema de las encuestas por correo al que no escapa este estudio. Ahora bien, dado que el objetivo propuesto era analizar la estructura psicométrica del cuestionario y que no se buscaba extrapolar resultados sobre la medida de la CS este problema es de menor

entidad. En cualquier caso, sería deseable disponer de una versión SERVQUAL para entrevista por teléfono o para ser realizada personalmente, métodos con los que habitualmente se obtienen tasas de respuesta superiores.

---

### Agradecimientos

Los autores desean agradecer la colaboración de los doctores Juan F. Herrero, Julián Vitaller, Carlos Gosálbez y Joaquín Martínez en la preparación del material y desarrollo del cuestionario SERVQUAL. Su concurso ha sido fundamental ya que sus ideas han enriquecido notablemente el resultado final. Los doctores Susana Lorenzo y Juan Cabello realizaron comentarios y sugerencias que mejoraron el texto final. María José Martínez colaboró extraordinariamente en la preparación de las bases de datos. Los revisores anónimos del trabajo ayudaron con sus aportaciones para aclarar aspectos oscuros y mejorar la redacción final.

Investigación financiada con cargo al proyecto FIS 94/0495.

---

### Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluation the quality of medical care. *MMFQ* 1966;44(2):166-206.
2. Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988;27:637-44.
3. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935-9.
4. Schlegelmilch B, Carman J, Moore SA. Choice and perceived quality of family practitioners in the United States and the United Kingdom. *The Service Industries Journal* 1992;12:263-84.
5. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 1992;4:89-116.
6. Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992;6:176-85.
7. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson C, Pascoe G (Eds.): *Patient satisfaction in health and mental health services*. Eval Program Plan. Special Issue 1983;6(3-4):185-418.
8. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:163-75.
9. Wesing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 1994;38:45-53.
10. Bohigas LI. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit* 1995;9:283-6.
11. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nur* 1995;22:316-22.
12. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care* 1995;33:392-406.
13. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Marketing* 1985;49:41-50.
14. Zeithaml V, Berry L, Parasuraman A. Communication and control processes in the delivery of service quality. *J Marketing* 1988;52:35-48.
15. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64:12-40.
16. Cardozo R. An experimental study of customer effort expectation and satisfaction. *J Marketing Res* 1965;2:244-9.
17. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Res* 1980;42:460-9.
18. Lehtinen U, Lehtinen J. Service quality: a study of quality dimensions. Informe de Investigación. Helsinki: Service Management Institute; 1982.
19. Grönroos Ch. Strategic management and marketing in the service sector. Boston: Marketing Science Institute; 1983.
20. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982;16:577-82.
21. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982;16:583-9.
22. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml V. Refinement and re-assessment of the SERVQUAL scale. *J Retailing* 1991;67:420-50.
23. Lewis BR. Quality in the service sector: a review. *Int J Bank Marketing* 1989;7:4-12.
24. Carman JM. Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *J Retailing* 1990;66:33-55.
25. Finn D, Lamb Ch. An evaluation of the SERVQUAL scales in a retail setting. En: Holmand H, Michael R (Eds.): *Advances in consumer research*. Proto UT. Association for Consumer Research; 1991.
26. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. *J Marketing* 1992;56:55-68.
27. Brown T, Churchill G, Peter JP. Research note: improving the measurement of service quality. *J Retailing* 1993;69:127-39.
28. Teas RK. Expectations performance evaluation and consumers' perceptions of quality. *J Marketing* 1993;57:18-34.

29. Taylor S, Baker Th. An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions. *J Retailing* 1994;70:163-78.
30. Taylor s, Cronin J. Modeling patient satisfaction and service quality. *J Health Care Marketing* 1994;14:34-44.
31. Van Campen C, Sixma H, Friele R, Herssens J, Peters L. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Res Rev* 1995;52:109-33.
32. Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13:669-82.
33. Larsen D, Attkisson C, Hargreaves W, Nguyen T. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plan* 1979;2:197-207.
34. Hulka B, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. *Med Care* 1970;8:429-36.
35. Meterko M, Nelson E, Rubin H, Batalden P, Berwick D, Hays R. Ware patients' judgements of hospital quality: report of a pilot study. *Med Care* 1990;29(nº 9):S1-S56.
36. Scardina SA. SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *J Nurs Care Qual* 1994;8:38-46.
37. Youssef F, Nel D, Bovaird T. Service quality in NHS hospitals. *J Manag Med* 1995;9:66-74.
38. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research* 1992;26:767-86.
39. Reidenbach ER, Sandifer-Smallwood B. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *J Health Care Marketing* 1990;10:47-55.
40. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev* 1994;19:49-55.
41. Tomes AE, Chee Peng Ng S. Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire. *Inter J Health Care Qual Ass* 1995;8:25-33.
42. Hutton JD, Richardson LD. Healthscapes: the role of the facility and physical environment on consumer attitudes, satisfaction, quality assessments, and behaviors. *Health Care Manag Rev* 1995;20:48-61.
43. Zeithaml V, Berry L, Parasuraman A. *Calidad total en la gestión de los servicios*. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
44. Dickens P. *Quality and excellence in human services*. Chichester: Wiley; 1994.
45. Brown S, Nelson AM, Bronkesh Sh, Wood S. *Patient satisfaction pays. Quality service for practice success*. Gaithersburg Maryland: Aspen Publication; 1993.
46. Gotlieb JB, Grewal D, Brown SW. Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs? *J Applied Psychol* 1994;79:875-85.
47. Oliver RL. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Services Marketing and Management* 1993;2:65-85.
48. Spreng RA, Mackoy RD. An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *J Retailing* 1996;72:201-14.
49. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994;38:509-16.
50. Pérez-Mora MJ, Mira JJ, García Alonso MA, Vázquez I. La accesibilidad al sistema de salud público: evaluación del programa de cita previa. *Revista de Psicología Social Aplicada* 1994;4:5-18.
51. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry* 1988;25:25-36.
52. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patients satisfaction? *Family Pract* 1995;12:193-201.
53. Brody D, Miller S, Lerman C y cols. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care* 1989;27:1027-35.
54. Lamata F, Donde J, Martínez B, Horno M. *Marketing Sanitario*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
55. Aranaz J, Mira J, Benavides FG. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital* 1994;112:35-40.
56. Brown SW, Swartz TA. A gap analysis of professional service quality. *J Marketing* 1989;53:92-8.
57. Mira JJ, Buil A, Aranaz J y cols. Evaluating the service quality in the hospital with the gaps model's framework. *International Conference on Quality in Health care*. St. John's, Newfoundland, Canada, 31 de mayo al 2 de junio de 1995.
58. Woodruff R, Cadotte E, Jenkins RL. Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *J Marketing Res* 1983;20:296-304.
59. Thompson AG, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995;7:127-41.
60. Boulding W, Kalra A, Staelin R, Zeithaml V. A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *J Marketing Res* 1993;30:7-27.
61. Churchill G, Surprenant C. An investigation into the determinants of customer satisfaction. *J Marketing Res* 1982;19:491-504.
62. Bolton R, Drew J. A multistage model of customers' assessment of service quality and value. *J Consumer Res* 1991;17:375-84.
63. Kano N, Seraku N, Takahashi F, Tsuji S. Attractive quality and must be quality. *Qual* 1984;14:39-48.
64. Cadotte E, Woodruff R, Jenkins R. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Marketing Res* 1987;24:305-14.
65. Buil J, Mira JJ. Las características del sector sanitario. Tendencias del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. *Revista de Psicología de la Salud* 1996;8:3-2.
66. Aranaz J, Herrero J, Mira JJ. *El Hospital Virgen de los Lirios dibujado por sus usuarios. Encuesta de post-hospitalización*. Alicante: INSALUD; 1987.
67. Saturno P, Sánchez JA y grupo PROSPER-S. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial* 1995; 5:271-9.
68. Teas RK. Expectations as a comparison standard in measuring SQ: an assessment of a reassessment. *J Marketing* 1994; 58:132-9.
69. Cronin JJ, Taylor SA. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *J Marketing* 1994;58:125-31.
70. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *J Retailing* 1994;70:201-30.
71. Bentler PM. *EQS structural equations program manual*. Encino, California: Multivariate Software; 1995.
72. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml V. More on improving service quality measurement. *J Retailing* 1993;69:140-7.
73. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *J Marketing* 1994;58:111-24.
74. Mira JJ, Buil JA, Vitaller J, Rodríguez-Marín J, Gosálbez C. (en preparación).
75. Stallard P. Parental satisfaction with intervention: differences between respondents and non-respondents to a postal questionnaire. *Br J Clin Psychol* 1995;34:397-405.