

Evaluación de la calidad percibida del servicio en los centros asistenciales de la ciudad de Quibdó*

Edison Jair Duque Oliva¹
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
ejduqueo@unal.edu.co

Deison Palacios Palacios²
Universidad Tecnológica del Chocó
d-janny.cordoba@utch.edu.co

Janny Edinson Córdoba Rodríguez³
Universidad Tecnológica del Chocó
d-deison.palacios@utch.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.21158/01208160.n94.2023.3752>

Fecha de recepción: 08 de abril de 2023
Fecha de aprobación: 14 de junio de 2023



Cómo citar este artículo: Duque Oliva, E.J.; Palacios Palacios, D.; Córdoba Rodríguez, J.E. (2023). Evaluación de la calidad percibida del servicio en los centros asistenciales de la ciudad de Quibdó. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (94), (páginas). DOI: <https://doi.org/10.21158/01208160.n94.2023.3752>

Resumen

El objetivo de esta investigación es evaluar la calidad percibida del servicio en los centros asistenciales de Quibdó, Colombia, a través de la escala Servperf. La metodología empleó un enfoque empírico-analítico, adaptando la escala Servperf al contexto de salud local. Secundado con un cuestionario para 384 pacientes de diversos centros asistenciales de Quibdó. Los principales resultados mostraron una alta fiabilidad interna del modelo, con valores de Alfa de Cronbach superiores a un 0,8 para todas las dimensiones, destacando la seguridad (0,922) como la dimensión más valorada por los usuarios. El serviente convergente y discriminante del modelo también fue confirmado. Como principal conclusión, se ha confirmado que todas las dimensiones de la escala Servperf (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía) son relevantes para evaluar la calidad del servicio en los centros asistenciales de Quibdó. Estos hallazgos proporcionan una herramienta confiable para evaluar la calidad de los servicios de salud y saber qué estrategias de mejora continua deben implementar los centros de salud para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

Palabras clave: calidad del servicio; escalas de medición; percepción; servicio de salud.

* Documento derivado de la Tesis de Maestría de Janny Edinson Córdoba Rodríguez para optar por el título de Magíster en Administración.

¹Profesor visitante. ESAI Business School, Guayas, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4949-6118>

²Magíster en Administración. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Administrador de Empresas. Universidad Tecnológica del Chocó. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3676-2384>

³Magíster en Administración. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Administrador de Empresas. Universidad Tecnológica del Chocó. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8022-0614>

Evaluation of perceived service quality in healthcare centers in the city of Quibdó

Abstract

The objective of this research is to evaluate the perceived quality of service in healthcare centers in Quibdó, Colombia, through the Servperf scale. The methodology employed an empirical-analytical approach, adapting the Servperf scale to the local health context. Supported by a questionnaire administered to 384 patients from various healthcare centers in Quibdó. The main results showed a high internal reliability of the model, with Cronbach's Alpha values higher than 0.8 for all dimensions, highlighting safety (0.922) as the dimension most valued by users. The model's convergent and discriminant validity was also confirmed as a main conclusion, it has been confirmed that all the dimensions of the Servperf scale (tangibility, reliability, responsiveness, safety and empathy) are relevant to evaluate the quality of service in the care centers of Quibdó. These findings provide a reliable tool for assessing the quality of health services and knowing what continuous improvement strategies health centers should implement to meet the needs and expectations of users.

Keywords: Quality of service; measurement scales; perception; health services.

Avaliação da percepção da qualidade do atendimento nos postos de atendimento da cidade de Quibdó

Resumo

O objetivo desta pesquisa é avaliar a percepção da qualidade do serviço em centros de saúde em Quibdó, Colômbia, através da escala Servperf. A metodologia empregou uma abordagem empírico-analítica, adaptando a escala Servperf ao contexto de saúde local. Apoiado por um questionário para 384 pacientes de diferentes centros de saúde de Quibdó. Os principais resultados mostraram uma alta confiabilidade interna do modelo, com os valores Alfa de Cronbach excedendo 0,8 para todas as dimensões, destacando a segurança (0,922) como a dimensão mais valorizada pelos usuários. O servidor convergente e discriminador do modelo também foi confirmado. Como principal conclusão, foi confirmado que todas as dimensões da escala Servperf (tangibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia) são relevantes para avaliar a qualidade do serviço nos centros de saúde de Quibdó. Estes resultados constituem um instrumento fiável para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e conhecer as estratégias de melhoria contínua que devem ser implementadas pelos centros de saúde para satisfazer as necessidades e expectativas dos utilizadores.

Palavras-chave: qualidade de serviço; escalas de medição; percepção; serviço de saúde.

Évaluation de la qualité perçue des services dans les centres de soins de santé de la ville de Quibdó

Résumé

L'objectif de cette recherche est d'évaluer la qualité perçue des services dans les centres de soins de santé de Quibdó, en Colombie, en utilisant l'échelle Servperf. La méthodologie adoptée repose sur une approche empirico-analytique, avec une adaptation de l'échelle Servperf au contexte sanitaire local. Un questionnaire a ensuite été administré à 384 patients provenant de divers centres de soins de santé de Quibdó. Les principaux résultats ont révélé une forte fiabilité interne du modèle, avec des coefficients alpha de Cronbach supérieurs à 0,8 pour toutes les dimensions, la sécurité (0,922) étant la plus valorisée par les utilisateurs. La validité convergente et discriminante du modèle a également été confirmée. En conclusion, il a été confirmé que toutes

les dimensions de l'échelle Servperf (tangibilité, fiabilité, réactivité, sécurité et empathie) sont pertinentes pour évaluer la qualité des services dans les centres de soins de santé de Quibdó. Ces résultats fournissent un outil fiable pour évaluer la qualité des services de santé et déterminer les stratégies d'amélioration continue que les établissements de santé devraient mettre en œuvre afin de répondre aux besoins et attentes des usagers.

Mots-clés: qualité des services; échelles de mesure; perception; services de santé.

1. Introducción

La calidad percibida de los servicios de salud es un aspecto crucial que influye en la satisfacción del paciente y en la efectividad del sistema de salud en general. En Colombia, la Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el cual se pretendió garantizar el acceso a los servicios de salud y la protección integral, a través de un Plan Obligatorio de Salud (POS) para todos los habitantes del país antes de 2001, el cual debía incluir la promoción, fomento y prevención de la salud, para todas las patologías, con un diferencial para los regímenes contributivo y subsidiado, el cual se logró unificar en el 2012.

En este momento se da una gran discusión sobre la reforma al sistema de salud en Colombia, la cual dice enfocarse en fortalecer la atención primaria, mejorar la gestión pública de recursos y establecer un régimen laboral digno para los trabajadores de la salud. Sin embargo, estos cambios estructurales requieren de una evaluación constante, sobre cómo son percibidos los servicios por los usuarios, especialmente en las regiones menos favorecidas, donde el acceso a servicios de calidad ha sido históricamente limitado. En esta línea, la reforma pretende reducir estas brechas, pero su éxito dependerá, en gran medida, de la percepción de los usuarios sobre la accesibilidad, la atención y la eficacia de los servicios prestados, pero se debe resaltar que la satisfacción del paciente es el indicador clave de la calidad percibida, pues no solo refleja la competencia técnica del personal de salud, sino también la comunicación, el trato recibido y la capacidad de respuesta a las necesidades individuales y comunitarias.

Conceptualmente, Donabedian (1966), como precursor de los estudios de la calidad en salud, establece tres dimensiones en su estudio: la estructura, el proceso y los resultados. La estructura son los atributos de los entornos donde ocurre la atención, incluyendo instalaciones, equipos y personal; el proceso es la entrega real de la atención, cubriendo diagnóstico, tratamiento e interacción con el paciente; y los resultados como los efectos de la atención en la salud de los pacientes y las poblaciones. Desde esta perspectiva, la evaluación del proceso de prestación del servicio analiza lo que se hace al dar y recibir atención, y se enfoca tanto en los procesos diagnósticos y terapéuticos, como en la gestión del paciente y los aspectos interpersonales de la atención, dentro de los cuales se configura la evaluación de la calidad percibida del servicio de salud.

Bajo esta mirada, estudiar la calidad percibida en las regiones es vital en general, pero aún más, debido a las disparidades significativas en infraestructura, recursos humanos y acceso a tecnologías de salud avanzadas. Además, en un país con una diversidad geográfica y socioeconómica tan amplia como Colombia, las percepciones de calidad pueden variar significativamente entre las zonas urbanas y rurales. Las regiones menos favorecidas, que a menudo sufren de una infraestructura de salud insuficiente y un acceso limitado a especialistas, presentan desafíos únicos que requieren soluciones específicas y adaptadas. Evaluar la calidad percibida en estos contextos proporciona información crucial para ajustar las políticas de salud, garantizar la equidad en la prestación de servicios y mejorar la salud pública de manera integral.

Por otro lado, desde una perspectiva académica, los estudios previos han demostrado que la percepción de la calidad del servicio afecta directamente la satisfacción y la fidelidad de los pacientes (Causado-Rodríguez *et al.*, 2019; Palacios Palacios y Córdoba Rodríguez, 2021). Mientras los usuarios o compradores muestran un compromiso significativo hacia la búsqueda de calidad en sus adquisiciones y en sus experiencias cotidianas, demandando un nivel de servicio aún más elevado (Duque, 2005). Ghotbabadi *et al.* (2015), consideran que el elemento crucial para el rendimiento empresarial es el contento de los clientes, lo cual conduce a la fidelidad, el deseo de volver a comprar e, incluso, la sugerencia a terceros (recomendación). Desde el punto de vista de una entidad, evaluar la calidad del servicio en

las gestiones de las organizaciones es un criterio importante de cara a la percepción que de ella tengan los clientes (Causado-Rodriguez *et al.*, 2019).

De igual manera, la medición de la calidad de los servicios de salud es considerada un factor clave en la diferenciación y en la excelencia de los servicios de salud, y la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina en forma definitiva su nivel de calidad (Terán *et al.*, 2021; Henao *et al.*, 2018), utilizando las mejores prácticas científicas, profesionales e institucionales, con el fin de satisfacer y cumplir con las necesidades del usuario (Cabrera-Arana *et al.*, 2008), teniendo un impacto significativo en la cantidad de pacientes contentos, es decir, en su fidelidad hacia el centro médico (Ross *et al.*, 1987; Tam, 2007).

A pesar de la importancia de la calidad del servicio en general y en especial en el sector salud, muchos centros de salud en general y en especial en la ciudad de Quibdó no cumplen con las expectativas de los usuarios, afectando su satisfacción y lealtad, por lo cual este trabajo busca evaluar la calidad percibida del servicio en los centros asistenciales de Quibdó, utilizando la escala Servperf, evaluando la calidad del servicio de salud desde la perspectiva de los usuarios.

Estructura del documento: el documento se organiza en 5 secciones: introducción, marco conceptual, diseño metodológico, desarrollo, y discusión y conclusiones.

2. Marco teórico

2.1. Concepto de calidad del servicio y su evaluación

En la literatura académica, la medición de la calidad del servicio ha suscitado algunas diferencias de criterio, como por ejemplo el enfoque conceptual (calidad, satisfacción o valor) y parte de la comprensión de la calidad en sí misma (Duque, 2005). Según el autor, en el concepto de calidad se encuentran 2 tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva.

La calidad objetiva se enfoca en la perspectiva del productor (la conformidad en la fabricación); y la calidad subjetiva se enfoca en la perspectiva del usuario, es decir, la evaluación que hace el consumidor o usuario del servicio recibido. De esta manera, el concepto de calidad se refiere a la calidad percibida, es decir, “al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto” (Parasuramen *et al.*, 1988, p. 3).

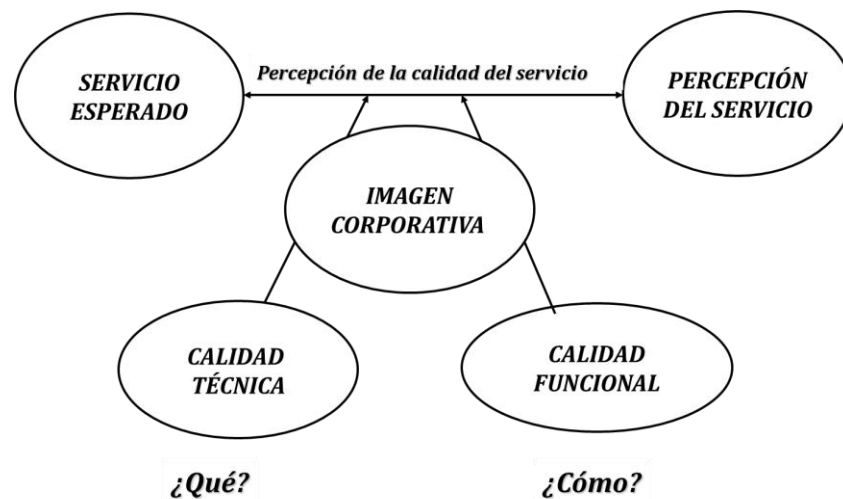
Según Parasuraman *et al.* (1988, p. 16), es “un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio”, desde una perspectiva subjetiva con un nivel de abstracción más alto y con factores multidimensionales. Estos factores o características diferenciadas ayudan a esquematizar y dividir el contenido del concepto o constructo de estudio en pequeñas abstracciones a partir de atributos o características que los usuarios perciben, por ejemplo, adecuación al uso y fiabilidad (Juran, 1994).

Las clasificaciones de dimensiones que se otorgan al constructo son muy variables y heterogéneas, sin que exista por el momento ningún consenso al respecto, por ejemplo, Garvin (1984), resalta 8 dimensiones: desempeño, características, confiabilidad, apego, durabilidad, aspectos del servicio, estética y calidad percibida; mientras que Drucker (1989) establece 5 niveles; Eiglier y Langeard (1989) 3; Gronroos (1984) 2 dimensiones; y finalmente, Parasuraman *et al.* (1985), establecen 5. Es claro entonces, que la calidad del servicio es multidimensional pero no es claro cuáles son las dimensiones o sus determinantes, sin embargo, los dos enfoques más utilizados son el de la escuela nórdica, de Gronroos (1984); y de la americana, de Parasuraman *et al.* (1985).

Escuela nórdica y americana

La escuela nórdica de Grönroos (1988; 1994), plantea el modelo conocido como de la imagen corporativa. Como se observa en la figura, plantea que la calidad percibida por los clientes es la integración de la calidad técnica (qué se da), y la calidad funcional (cómo se da), y estas se relacionan con la imagen corporativa, bajo el planteamiento de que la imagen es un elemento básico para medir la calidad percibida.

Figura 1. Evaluación de la calidad percibida para la escuela nórdica

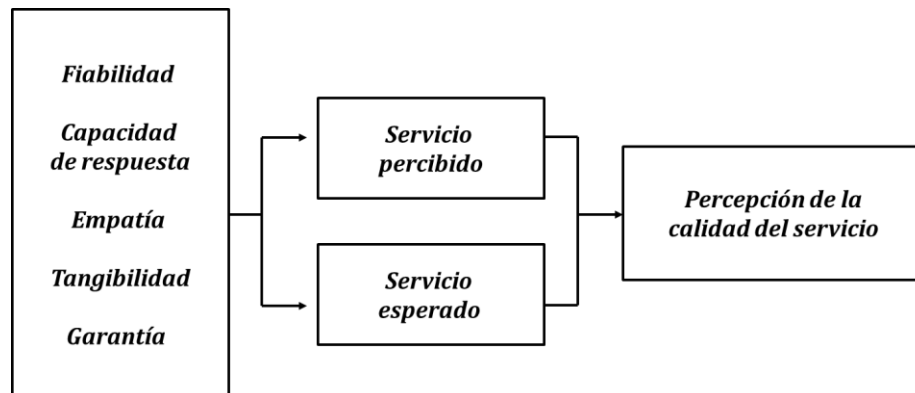


Fuente. Grönroos (1984).

El cliente está influido por el resultado del servicio, pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa, lo que estudia transversalmente las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio, es decir, Grönroos (1984), afirma que el nivel de calidad total percibida no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional, sino que está dado por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada, que es el paradigma de la desconfirmación (Duque, 2005).

Por su lado, la escuela americana plantea 5 dimensiones generales (figura 2) para evaluar la calidad percibida del servicio, y dicen que dicha percepción es consecuencia de la diferencia para el consumidor entre el servicio esperado y el servicio percibido (Parasuraman *et al.*, 1985).

Figura 2. Evaluación de la calidad percibida para la escuela americana



Fuente. Parasuraman et al. (1988).

Adicionalmente, los autores plantean que en el proceso de servicio se pueden presentar una serie de vacíos, desajustes o *gaps* que influyen en la percepción del cliente y son el objeto de análisis cuando se desea mejorar la calidad percibida. Luego, las percepciones generales de la calidad de servicio se van estructurando en el proceso de servicio, en el momento en que se van dando estos vacíos entre las organizaciones que prestan servicios y los usuarios o clientes.

Aunque conceptualmente la escuela nórdica es importante, operativamente la escuela americana es más citada por cuanto desarrollaron las escalas de medida más usadas: Servqual (Parasuraman *et al.*, 1985; 1988) y su derivación Servperf (Cronin y Taylor, 1992).

2.2. Escalas Servqual y Servperf

Cronin y Taylor (1992), establecieron una escala más concisa a partir de Servqual, y la llamaron Servperf. La escala está basada en la valoración de las percepciones de la escala Servqual, la cual tiene en cuenta tanto las expectativas como las percepciones. Cronin y Taylor (1992), se basan en Carman (1990), para decir que la escala Servqual no presenta mucho apoyo teórico y evidencia empírica desarrollando una revisión de la literatura, y ofreciendo apoyo teórico y práctico (Bolton y Drew, 1991; Churchill y Surprenant, 1982;

Woodruff *et al.*, 1983). Por esta razón, plantearon que el componente de expectativa (E) de Servqual debería descartarse, y en su lugar debería usarse solo el componente de desempeño (P), es decir, propusieron medir solo el desempeño de la escala Servqual. Además de los argumentos teóricos, Cronin y Taylor (1992) proporcionaron evidencia empírica en 4 industrias (a saber: bancos, control de plagas, tintorería y comida rápida) para corroborar la superioridad del instrumento de desempeño sobre la escala Servqual basada en la desconfirmación de expectativas, es decir, la diferencia entre percepción y desempeño (P y E). Por lo tanto, Servperf se basa únicamente en las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio, omitiendo la comparación con las expectativas.

En consecuencia, se puede decir que Servperf no solo es más eficiente (reduce en un 50 % los ítems de la escala), sino que en consonancia con la evidencia empírica ilustrada previamente por Cronin y Taylor (1992), muestra resultados superiores a la escala completa de Servqual incrementando su uso, pero sin olvidar que la escala Servqual está por detrás de su aplicación (Boulding *et al.*, 1993; Brady *et al.*, 2002; Cronin *et al.*, 2000; Cronin y Taylor, 1992; 1994).

Esta herramienta posee una alta confiabilidad y permite mejorar la comprensión sobre las percepciones de sus clientes; el diseño facilita su implementación en una amplia variedad de estudios aplicados a diferentes ámbitos, entre ellos la evaluación de la percepción en instituciones de salud, lo cual está en línea con el propósito detrás de esta investigación: mejorar la administración de los servicios de salud, utilizando una herramienta confiable y válida para evaluar la calidad del servicio de salud desde la perspectiva de los usuarios, identificando cuáles aspectos son más relevantes para los usuarios y, de esta manera, implementar mejoras en la prestación del servicio de salud.

2.3. Medición de la calidad del servicio en instituciones de salud

Al revisar la medición de la calidad del servicio en instituciones de salud se encuentran algunos modelos para medirla: Donabedian, Healthqual, PubHospitalQual, HospitalQual y Servqual/Servperf.

Donabedian (1966), es reconocido como la primera persona que realizó un estudio de calidad en la atención médica, afirmando que la posibilidad de mejorarla dependía tanto de la calidad técnica como interpersonal de los servicios de salud, lo que se asemeja a lo planteado por la escuela nórdica, encontrando aplicaciones como la de Zarei *et al.* (2012), en línea con los elementos por Donabedian (estructura, proceso y resultado) y evaluando 3 dimensiones: capacidad de respuesta, empatía y tangibilidad.

A partir de lo planteado por Donabedian, otros académicos defendieron y desarrollaron un marco específico para el sector de la salud (Black, 2001; Camilleri y O'Callaghan, 1998; Juwaheer y Kassean, 2006). De esta manera, y tomando como base a Donabedian y Servqual, Camilleri y O'Callaghan (1998), desarrollaron un modelo llamado Healthqual adaptando de Servqual a las 6 dimensiones planteadas por Donabedian. También, aparece el modelo PubHosQual, el cual se desarrolló desde la perspectiva de los pacientes utilizando 24 ítems agrupados en 5 dimensiones (ingreso, servicio médico, servicio general, alta y responsabilidad social), sin embargo, la estructura factorial del sector hospitalario difiere de un país a otro y no incorpora los aspectos técnicos de los servicios de salud (Kilbourne *et al.*, 2004; Ovretveit, 2000). Por otro lado, se encuentra el modelo HospitalQual, que adopta el paradigma de desconfirmación del modelo Servqual, y fue desarrollado para monitorear, controlar y mejorar la calidad del servicio para pacientes en un hospital en Hyderabad, India (Itumalla *et al.*, 2014).

De esta manera, Carman (1990), identificó 9 dimensiones a partir de Servqual: servicio de admisión, alojamiento tangible, comida tangible, privacidad tangible, atención de enfermería, explicación del tratamiento, acceso y cortesía brindada a los visitantes, planificación del alta y contabilidad de los pacientes; además de sugerir requisitos para la modificación de elementos en Servqual para cada industria. Por otro lado, Brown y Swartz (1989), evaluaron los servicios médicos utilizando parte del modelo de brechas, revelando que la interacción del médico era el indicador más importante que satisfacía a los pacientes. Finalmente, se pueden encontrar otros estudios que han partido de la escuela americana y han utilizado parte de sus dimensiones, como el de Tucker y Adams (2001), con 4 dimensiones (cuidado, empatía, confiabilidad y capacidad de respuesta); Jabnoun y Chaker (2003), con 5

dimensiones (confiabilidad, capacidad de respuesta, habilidades de apoyo, empatía y elementos tangibles); Sohail (2003), manteniendo las dimensiones pero ajustando los ítems; Boshoff y Gray (2004), con 7 dimensiones (comunicación, elementos tangibles, empatía, seguridad, capacidad de respuesta de los miembros del personal administrativo, seguridad y capacidad de respuesta de los médicos); Herstein y Gamliel (2006), mantienen las dimensiones, más una dimensión de marca privada; Ramsaran-Fowdar (2008), con 3 dimensiones (confiabilidad, trato justo y equitativo) utilizando una escala Servqual modificada; Babakus y Mangold (1992), validando el modelo con respecto a la calidad funcional de los servicios en los hospitales. De esta manera, estudios recientes han destacado la importancia de evaluar la calidad de los servicios de salud utilizando modelos como Servperf, permitiendo una evaluación comprensiva de la percepción del paciente sobre los servicios recibidos.

En el ámbito latinoamericano se encontró en un estudio realizado en una unidad de maternidad en Chile, que la calidad percibida por las usuarias era mayoritariamente baja o regular, subrayando la necesidad de mejorar tanto las competencias técnicas como las habilidades blandas del personal de salud (Alarcón-Henríquez *et al.*, 2021). Por otra parte, un estudio en ciudad Ixtepec, en México, muestra diferencias significativas en la percepción de la calidad entre distintos tipos de instalaciones, revelando que el IMSS obtuvo las mejores evaluaciones, superando al Centro de Salud y al Hospital General, mientras que el ISSSTE recibió las percepciones más bajas. Además, se identificaron factores demográficos como la edad, el nivel educativo y la ocupación como influyentes en la evaluación de los servicios (Luna Espinoza y Torres Fragoso, 2022).

En síntesis, en todos los modelos utilizados para medir la calidad de los servicios sanitarios, se usan los modelos genéricos (Servqual y Servperf), o existe la evidencia de adaptaciones de ellos al contexto de sus servicios de salud particulares, ilustrando cómo Servqual/Servperf son el fundamento de la aplicación en los servicios de salud y, por tanto, se sustenta el uso de Serperf para esta evaluación.

3. Metodología

La metodología empleada sigue un enfoque empírico-analítico. Se adaptó la escala Servperf para el contexto de salud en Quibdó, Colombia. Se utilizó un cuestionario utilizando el método de encuesta personal, se contactó a 384 pacientes de los diferentes centros asistenciales de la ciudad.

La población objeto de estudio está conformada por los usuarios que reciben servicios en los centros asistenciales de la ciudad de Quibdó (Chocó, Colombia), con una población de 162 803 habitantes, según cifras del DANE, proyectada para el año 2018 en el Hospital San Francisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldán Valencia de Quibdó, Clínica de la Caja de Compensación Familiar del Chocó (Comfachocó), Clínica de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (Caprecom), entidades promotoras de salud (EPSS) y la Clínica Vida.

Para lograr el objetivo principal de este trabajo, el cual fue tomado y modificado a partir de los estudios más relevantes, análisis y experiencias en la provisión de servicios de salud; se empleó una metodología que combina enfoques cualitativos y cuantitativos, donde se pudo ver la aplicación y desarrollo de este.

El objetivo de esta fase en el proceso metodológico es reconocer los atributos que delinear el servicio de salud y los indicadores que permiten evaluar la calidad percibida de este servicio.

3.1. Generar muestras de ítems

Después de elegir la escala se implementaron en el ámbito de la salud los elementos que integran el dispositivo de evaluación. Su elaboración se respaldó en investigaciones que evalúan la apreciación de la calidad de los servicios de salud, empleando herramientas como el Servperf y otros métodos de medición. Después de generarse los elementos, se simplificó la identificación de criterios, independientemente del nivel de conciencia, en términos de calidad.

Eventualmente, el cuestionario fue presentado a un grupo y al personal de atención del Hospital Ismael Roldán. Esto se hizo con el propósito de asegurarse de que las preguntas fueran comprensibles y, en caso necesario, se hicieran ajustes de acuerdo con las necesidades identificadas. Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación del instrumento en el contexto seleccionado.

3.2. Elaboración del cuestionario para recolección de datos

El instrumento fue diseñado para evaluar la calidad percibida de los servicios de salud en la ciudad de Quibdó (Chocó). Este cuestionario consta de una serie de afirmaciones que son valoradas por los usuarios del servicio de salud. La evaluación se lleva a cabo utilizando una escala Likert de 0 a 5, donde 0 indica "total desacuerdo", y 5 indica "total acuerdo" con las afirmaciones (puede encontrar el instrumento completo en el anexo A). Se llevó a cabo un pretest utilizando una prueba piloto para verificar la validez de construcción en el estudio. A través de esta prueba piloto, se confirmó que las dimensiones eran consistentes en ambas muestras. Dado que se basó en la escala propuesta por Parasuraman *et al.* (1988).

3.3. Diseño de la población y muestra

Se optó por un método de muestreo, su naturaleza es aleatoria y simple, para esto se tendrá en cuenta la participación de los usuarios en los centros de atención. Esto permitirá determinar el número de encuestas para llevar a cabo una vez se establezca el tamaño de la muestra, utilizando la siguiente fórmula:

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

$$n = 384$$

Donde:

- N = total de la población de Quibdó = 162 803.
- $Z_{\alpha}^2 = 1,96^2$ (si la seguridad es del 95 %).

- p = proporción esperada (en este caso $50 \% = 0,5$).
- $q = 1 - p$ (en este caso $1-0,5 = 0,5$).
- d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

$N = 384$.

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

Hospital San Francisco de Asís (46,97 %) = 180 encuestas.

Hospital Ismael Roldan (28,15 %) = 108 encuestas.

Clínica de Comfachocó (14,89 %) = 57 encuestas.

Clínica Vida (9,98 %) = 39 encuestas.

Total = 384 encuestas.

El tipo de muestreo es **aleatorio simple**.

3.4. Recolección de datos

La encuesta se aplicó a los usuarios de servicios de salud durante el mes de marzo, de los siguientes centros asistenciales: Hospital San Francisco de Asís, Hospital Local Ismael Roldán Valencia, Clínica de Comfachocó, Clínica de Caprecom EPSS y la Clínica Vida.

Una vez se recolectó la información, se construyó una matriz que recogió toda la información arrojada por los encuestados.

A través del programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (por su nombre en inglés), se calculó la fiabilidad de cada una de las dimensiones y a cada una le corresponden los siguientes ítems aplicados en la encuesta:

- Seguridad: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Fiabilidad: 9, 10, 11, 12.
- Empatía: 13, 14, 18,19.

- Tangibilidad: 15, 16, 17.
- Capacidad de respuesta: 20, 21, 22.

4. Resultados

La investigación sobre la medición de la calidad de servicio en establecimientos hoteleros de Quibdó, se valida con un Alfa de Cronbach de 0,957, en una escala de 0 a 1, lo que indica que la escala tiene una alta confiabilidad de consistencia interna, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems del instrumento están correlacionados.

En la investigación académica sobre la calidad de los servicios de salud, se identifican 3 enfoques fundamentales: a) la evaluación de los resultados, que comprende indicadores como la tasa de mortalidad, de movilidad y de natalidad; b) el análisis de los procesos; y c) la medición de la satisfacción de los pacientes y sus familiares (Forrellat, 2014).

Los servicios de salud, tanto públicos como privados, necesitan disponer de equipos médicos esenciales y entornos de atención completamente limpios, evitando así cualquier forma de descuido en el cuidado hospitalario. Además, es fundamental que el personal cuente con los conocimientos y las herramientas de vanguardia que permitan enfrentar la muerte de manera efectiva (Castellano *et al.*, 2019).

Para llevar a cabo el análisis de los datos de la medición de la calidad del servicio en los centros asistenciales de Quibdó, se emplearon dos programas: SPSS, versión 19; y AMOS, versión 20. Estos programas permitieron realizar los cálculos psicométricos para evaluar la confiabilidad y validez del constructo.

Los resultados obtenidos para cada dimensión, según la percepción de los usuarios de los servicios de salud, se detallan en la tabla 1, que proporciona una descripción de la percepción por dimensiones.

Tabla 1. Descripción de percepción por dimensiones

Dimensión	Descripción
Elementos tangibles	El aspecto de las instalaciones físicas, así como la calidad de los equipos, el personal y los materiales utilizados para las comunicaciones.
Confiabilidad	Es cuando el servicio es suministrado de manera confiable, el usuario se siente bien.
Capacidad de respuesta	Un servicio dispuesto a esclarecer las dudas del usuario.
Seguridad	El empleado debe reflejar valores positivos generando seguridad en el usuario que recurre a este.
Empatía	Atención particularizada basada en el conocimiento de las necesidades del usuario.

Fuente. Parasuraman et al. (1988).

4.1. Análisis de fiabilidad de una escala

En la tabla 2 las escalas presentan coeficientes de Alfa de Cronbach superiores al valor de 0,7, considerado un nivel de fiabilidad adecuado para contrastar relaciones causales (Nunnally, 1978).

Tabla 2. Cálculos Alfa de Cronbach - escala total

Dimensión	Alfa de Cronbach	N.º de elementos	Alfa de Cronbach total (22 elementos)
Tangibilidad	0,820	3	0,957
Fiabilidad	0,825	4	
Capacidad de respuesta	0,830	3	
Seguridad	0,922	8	
Empatía	0,804	4	

Fuente. Elaboración propia.

4.2. Análisis de la validez de una escala

La validez se refiere a qué punto la medida refleja de manera precisa lo que se espera que refleje. Garantizar la validez comienza con un entendimiento completo de lo que se va a evaluar, y solo entonces es posible llevar a cabo la medición de la manera más "correcta" y precisa posible. Por otro lado, la validez de contenido, la validez convergente y la validez discriminante han sido los elementos tenidos en cuenta para la validez de la escala.

4.3. Validez de construcción

Se hizo un pretest con una prueba Retest, por medio de la cual se comprobó que las dimensiones eran similares para las 2 muestras, dado que, hay validez de construcción, como lo indica la escala de Parasuraman et al. (1988).

4.4. Validez convergente

La validez convergente puede ser examinada a través de los coeficientes de regresión factorial estandarizados entre el grupo de variables que componen la escala y su respectiva variable latente de saturación. En la siguiente tabla se detallan las correlaciones entre los ítems de las dimensiones, donde se puede observar también la validez convergente.

Tabla 3. Correlaciones entre los ítems de la escala

Correlations																						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	F9	F10	F11	F12	EMP13	EMP14	EMP18	EMP19	TAN15	TAN16	TAN17	CR20	CR21	CR22
S1	1	,618**	,617**	,596**	,498**	,554**	,621**	,546**	,504**	,340**	,497**	,439**	,489**	,530**	,550**	,440**	,483**	,490**	,558**	,498**	,505**	,396**
S2		1	,645**	,647**	,593**	,619**	,620**	,553**	,550**	,430**	,522**	,470**	,521**	,523**	,552**	,454**	,433**	,485**	,514**	,483**	,508**	,428**
S3			1	,635**	,597**	,627**	,614**	,535**	,539**	,383**	,563**	,523**	,566**	,570**	,549**	,476**	,526**	,455**	,562**	,491**	,474**	,383**
S4				1	,579**	,657**	,553**	,536**	,502**	,378**	,514**	,513**	,517**	,563**	,475**	,332**	,506**	,469**	,544**	,456**	,494**	,399**
S5					1	,620**	,588**	,568**	,518**	,376**	,504**	,519**	,510**	,588**	,483**	,307**	,458**	,516**	,519**	,437**	,469**	,424**
S6						1	,660**	,639**	,554**	,414**	,564**	,527**	,527**	,589**	,509**	,350**	,537**	,516**	,565**	,425**	,512**	,380**
S7							1	,647**	,539**	,468**	,510**	,506**	,551**	,541**	,621**	,459**	,488**	,518**	,565**	,545**	,550**	,468**
S8								1	,543**	,456**	,544**	,524**	,526**	,553**	,541**	,417**	,487**	,483**	,562**	,516**	,591**	,468**
F9									1	,451**	,658**	,596**	,568**	,622**	,560**	,381**	,468**	,477**	,514**	,480**	,496**	,336**
F10										1	,479**	,517**	,472**	,466**	,407**	,294**	,403**	,397**	,416**	,399**	,436**	,384**
F11											1	,609**	,630**	,601**	,511**	,372**	,553**	,497**	,546**	,437**	,511**	,391**
F12												1	,566**	,720**	,515**	,399**	,534**	,561**	,532**	,503**	,502**	,404**
EMP13													1	,599**	,519**	,399**	,548**	,537**	,606**	,446**	,513**	,426**
EMP14														1	,572**	,441**	,602**	,655**	,591**	,523**	,528**	,413**
EMP18															1	,548**	,496**	,628**	,599**	,657**	,593**	,433**
EMP19																1	,364**	,468**	,466**	,550**	,508**	,367**
TAN15																	1	,605**	,638**	,490**	,526**	,400**
TAN16																		1	,581**	,539**	,549**	,386**
TAN17																				1	,517**	,372**
CR20																					1	,706**
CR21																						1
CR22																						1
**Correlation is significant at the 0.01level (2-tailed).																						
*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).																						

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

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

Fuente. Elaboración propia.

4.5. Validez discriminante

Sobre la validez discriminante en un proceso de investigación, Anderson y Gerbing (1988), indican que el intervalo de confianza al 95 % para las correlaciones entre constructos no incluye el 1, por tanto, se puede decir que existe validez discriminante. Fornell y Larcker (1981), proponen que existe validez discriminante entre dos variables latentes, si la varianza compartida (R^2_{XY}) entre pares de constructos es menor que la varianza extraída (pvc) para cada constructo individual. Este último indicador “hace referencia a la cantidad de varianza capturada por el constructo en relación con la cantidad de varianza debida al error de medida” (Martínez-García y Martínez-Caro, 2009, p. 30).

El modelo propuesto indica que la calidad tiene 5 dimensiones, y que a cada una le corresponden los siguientes ítems que están en la encuesta aplicada:

- Tangibilidad: 1, 2, 3, 4.
- Confiabilidad: 5, 6, 7, 8, 9, 10.
- Capacidad de respuesta: 11, 12, 13.
- Seguridad: 14, 15, 16, 17.
- Empatía: 18, 19, 20, 21, 22.

En la tabla 4 se muestra el cálculo de la varianza extraída y de la fiabilidad compuesta de la escala original y de la escala depurada.

Tabla 4. Cálculo de la varianza extraída y de la fiabilidad compuesta - escala original

Variable	Escala original			Escala depurada final		
	Alfa de Cronbach	Varianza extraída	Fiabilidad compuesta	Alfa de Cronbach	Varianza extraída	Fiabilidad compuesta
Seguridad	0,92	0,81	0,68	0,92	0,79	
Fiabilidad	0,83	0,58	0,52	0,83	0,73	0,66
Empatía	0,80	0,54	0,48	0,78	0,78	0,76
Tangibilidad	0,82	0,86	0,84	0,82	0,80	0,77
Capacidad de respuesta	0,83	0,65	0,60	0,83	0,82	0,78
Bondad de ajuste	S-Bx2 (204) =398,7058 p=0,0			S-Bx2 (184) =344,7512 p=0,00		
	MFI=0,783 NFI=0,889			MFI=0,818 NFI=0,901		
	RMSEA=0,049			RMSEA=0,047		
	CFI=0,942 IFI=0,943 NNFI=,935			CFI=0,951 NNFI=0,943		
	S-Bx2/g.l=1,9544			S-Bx2/g.l=1,8736		

Fuente. Elaboración propia.

Los resultados indican que se puede evaluar la confiabilidad del instrumento después de limpiar la escala. Los resultados son satisfactorios, ya que superan el umbral de 0,6, que es el valor que ha servido como referente (Hair *et al.*, 1999).

En la tabla 5, que compara la escala original con la versión final depurada, se presentan las cargas factoriales de cada dimensión y sus elementos, tanto para el modelo original como para el depurado. En este último, se proporciona también la significancia a través de la prueba T de Student.

Tabla 5. Escala original - escala depurada final

Variable	Ítems	Escala original		Escala depurada final		
		λ	R²	λ	R²	†
Seguridad	S1	0,747	,0,441	0,746	0,444	**
	S2	0,786	0,381	0,784	0,384	18,145**
	S3	0,791	0,392	0,790	0,376	18,353**
	S4	0,769	0,349	0,770	0,407	18,107**
	S5	0,743	0,306	0,746	0,444	15,750**
	S6	0,806	0,423	0,808	0,347	15,743**
	S7	0,800	0,411	0,799	0,361	16,691**
	S8	0,753	0,321	0,753	0,433	15,334**
Fiabilidad	F9	0,780	0,259	0,789	0,392	**
	F10	0,614	0,856	0,614	0,624	12,638**
	F11	0,793	0,328	0,793	0,371	15,972**
	F12	0,791	0,834	0,791	0,375	13,457**
Empatía	MEP13	0,749	0,612	0,753	0,433	**
	EMP14	0,808	0,990	0,81	0,340	16,681**
	EMP18	0,761	0,213	0,751	0,436	13,772**
	EMP19	0,590	0,651			
TAN	TAN15	0,763	0,227	0,768	0,411	**
	TAN16	0,774	0,371	0,771	0,404	15,318**
	TAN17	0,797	0,310	0,796	0,366	15,093**
CR	CR20	0,820	0,379	0,817	0,333	**
	CR21	0,870	0,413	0,872	0,240	17,566**
	CR22	0,689	0,854	0,723	0,523	13,962**
Bondad de ajuste	S-Bx2 (204) =398,7058 p=0,0			S-Bx2 (184) =344,7512 p=0,00		
	MFI=0,783 N FI=0,889			MFI=0,818 NFI 0,901		
	RMSEA=0,049			RMSEA=0,047		
	CFI=0,942 IFI=0,943 NNFI=,935			CFI=0.951 NNFI=0,943		
	S-Bx2/g.l=1,9544			S-Bx2/g.l=1,8736		
1.954440196				1.873647826		

Fuente. Elaboración propia.

Dado que todos los resultados exhiben una significancia estadística, se ratifica la validez convergente.

En la tabla 6, que lleva a cabo el test de varianza extraída para evaluar la validez discriminante, procedemos a comparar la varianza extraída con la correlación al cuadrado entre las dimensiones.

Tabla 6. Test de la varianza extraída para la validez discriminante

Varianza extraída frente a la correlación al cuadrado		S	F	EMP	TAN	CR
		0,7887447	0,7318035	0,784335	0,7958169	0,8153540
S	0,788744718	1	0,556516	0,632025	0,541696	0,454276
F	0,731803577	0,556516	1	0,633616	0,485809	0,385641
EMP	0,78433587	0,632025	0,633616	1	0,654481	0,485809
TAN	0,795816912	0,541696	0,485809	0,654481	1	0,412164
CR	0,815354077	0,454276	0,385641	0,485809	0,412164	1

Fuente. Elaboración propia.

En todos los casos, la varianza extraída es superior a la correlación al cuadrado de las dimensiones, por tanto, como se muestra, se prueba la validez discriminante.

5. Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad del servicio en los centros asistenciales del Chocó mediante el uso de la escala Servperf revelan aspectos cruciales sobre la percepción de los usuarios. La alta fiabilidad interna del modelo es confirmada por los valores de Alfa de Cronbach obtenidos, que superan los niveles recomendados. Esto indica una percepción positiva de los usuarios sobre el servicio recibido, destacando particularmente la dimensión de seguridad, que obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,922, lo que sugiere que los usuarios valoran especialmente la confianza y la amabilidad del personal médico.

La evaluación de los resultados indica que, más allá de la fiabilidad interna del modelo, se ha alcanzado de manera satisfactoria los valores de Alfa de Cronbach. Los resultados arrojados están por encima de los que se recomiendan, lo que corrobora que los usuarios frente al servicio se muestran con una percepción positiva. Los valores obtenidos son los siguientes: seguridad (0,922), capacidad de respuesta (0,830), fiabilidad (0,825), tangibilidad (0,820) y empatía (0,804).

La validación convergente dice que las cargas factoriales están por encima del umbral de 0,6, de acuerdo con las pautas propuestas por Hair *et al.* (1998) y Anderson y Gerbing (1988). Por otro lado, los resultados de la validación detallan que, en todos los casos, la correlación de la variable supera al cuadrado entre las dimensiones. Respecto a la validez nomológica, queda corroborada, ya que las variables presentan correlaciones entre sí, aunque no excesivamente altas, siguiendo la definición de Messick (1989).

Los resultados de este estudio en cuanto a la evaluación de la calidad del servicio en los centros asistenciales del Chocó, desde la perspectiva de los usuarios, muestran que la escala propuesta es fiable y válida. Estos hallazgos ofrecen evidencia sólida de que la escala es efectiva para medir la percepción de calidad del servicio en estos centros. Además, se identificaron las dimensiones que definen el servicio y se confirmó que la percepción de calidad del servicio es un concepto complejo con varias facetas. En resumen, estos resultados respaldan completamente los objetivos metodológicos establecidos.

Las dimensiones descubiertas en esta investigación revelan cuáles tienen un mayor impacto en la percepción de los usuarios en los centros asistenciales del departamento del Chocó. En primer lugar, la seguridad destaca con un Alfa de Cronbach de 0,922. Esto indica que los usuarios valoran el conocimiento y la amabilidad en la atención proporcionada por el personal médico, así como su habilidad para inspirar confianza. La capacidad de respuesta se sitúa en segundo lugar, con un Alfa de Cronbach de 0,830, seguida por la fiabilidad con 0,825. La tangibilidad ocupa la cuarta posición, con un 0,820, mientras que la empatía cierra la lista con un Alfa de Cronbach de 0,804. Este hallazgo sugiere que la atención y el trato individualizado que reciben es un aspecto al que los usuarios prestan poca atención, esto conlleva a análisis más profundos.

Así, la capacidad de respuesta emerge como un aspecto significativo para los pacientes de los centros asistenciales del Chocó. Lo que permite inferir que los usuarios valoran un servicio rápido, mientras la dimensión de empatía, con un valor de 0,804, muestra el menor nivel de importancia entre todas las demás. Esto indica, según el estudio, que los usuarios de servicios de salud en el departamento del Chocó no asignan una gran relevancia a la atención personalizada, que es brindada a sus pacientes al evaluar la calidad y pertinencia de los servicios.

Los responsables de los centros de atención médica deben tener en cuenta que la dimensión de seguridad es la que más resalta para los usuarios al evaluar la calidad del servicio. Por lo tanto, es crucial que se enfoquen en los elementos que resultan relevantes, ya que tienen el potencial de satisfacer de manera efectiva las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios de servicios de salud. Esto, a su vez, garantiza una prestación de servicios eficaz.

En conclusión, desde una perspectiva metodológica, los resultados indican que todas las dimensiones de la escala Servperf son relevantes para evaluar la calidad del servicio en los centros asistenciales de Quibdó. La tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía del personal de salud son determinantes clave de la percepción de calidad en estas instituciones, y es esencial que los centros de salud implementen estrategias de mejora continua, basadas en estos resultados para satisfacer mejor las necesidades y expectativas de los usuarios. Estos hallazgos proporcionan a la comunidad interesada en estos temas un cuestionario confiable y efectivo para evaluar la calidad de los servicios en centros de atención médica, a partir de resultados y de un proceso de realimentación que se convierta en un mecanismo constante de evaluación, donde los usuarios puedan manifestar su percepción de calidad en los servicios de salud.

6. Reflexiones y futuras investigaciones

La medición y evaluación de la calidad percibida del servicio en instituciones de salud presenta varios retos a nivel global, en Latinoamérica y específicamente en Colombia. Por un lado, enfrentar la diversidad cultural y socioeconómica, pues tanto en Colombia como en Latinoamérica los estándares y expectativas de calidad del servicio pueden variar significativamente entre diferentes regiones y grupos sociales, dado que es un modelo perceptual y está sesgado por las experiencias previas. Por otro lado, las limitaciones en infraestructura y recursos afectan la capacidad de las instituciones de salud para proporcionar servicios de alta calidad y realizar evaluaciones exhaustivas, así en muchas áreas rurales, la falta de tecnología y personal capacitado impide tanto la prestación de un servicio de salud adecuado, como en este caso, la aplicación de métodos sofisticados de evaluación que pueden ser complejos de comprender o no estar dispuestos a participar, dada la alta demanda de atención médica. De igual manera, la capacitación del personal de salud en temas de calidad del servicio y la aplicación de herramientas de evaluación difiere regionalmente tanto como en el interior, y puede llevar a una mala interpretación de los resultados y a la implementación ineficaz de mejoras.

Es claro que la medición y evaluación de la calidad percibida del servicio en instituciones de salud enfrenta múltiples desafíos que varían según el contexto regional y global. En Colombia y Latinoamérica, estos desafíos incluyen la diversidad cultural, la estandarización de métodos, la infraestructura limitada, la capacitación del personal, las expectativas variadas de los pacientes, la necesidad de evaluaciones continuas y la utilización de tecnologías avanzadas, convirtiéndose en retos de investigación importantes para el desarrollo y mejoramiento de la prestación de servicios de salud.

7. Referencias

- Alarcón-Henríquez, N., Ganga-Contreras, F., Ulloa-Aguilera, J. y Sánchez-Robles, M. (2021). Calidad percibida e impacto en el bienestar de usuarias en la unidad de parto de un hospital chileno. *Revista de Salud Pública*, 23(4), 1-6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n4.94556>
- Anderson, J. C. & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Babakus, E. & Mangold, W. G. (1992). Adapting the Servqual scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.
- Black, B. (2001). The application of Servqual in a district nursing service. *Journal of Community Nursing*, 15(5).
- Bolton, R. N. & Drew, J. H. (1991). A multistage model of customers; assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17(4), 375-384.
- Boshoff, C. & Gray, B. (2004). The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management*, 35(4), 27-37. <https://doi.org/10.4102/sajbm.v35i4.666>
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R. & Zeithmal, V. A. (1993). A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30 (1), 7-27. <https://doi.org/10.1177/002224379303000102>
- Brady, M. & Cronin, J. J. (2002). Some new thoughts on conceptualizing perceived services quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65(3), 34-49. <https://doi.org/10.1509/jmkg.65.3.34.18334>
- Brown, S. W. & Swartz, T. A. (1989). A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*, 53(2), 92-98. <https://doi.org/10.1177/002224298905300207>
- Cabrera-Arana, G., Londoño-Pimienta, J. y Bello-Parías, L. (2008). Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. *Revista Salud Pública*, 10(3), 443-451. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/96706>

- Camilleri, D. & O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-133. <https://doi.org/10.1108/09526869810216052>
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of T. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Castellano, S., Peña, O. y Suárez, D. (2019). Calidad de servicio en centros materno-pediátricos del estado Zulia en Venezuela. *Revista Venezolana de Gerencia*, 24(86), 395-409. <https://www.redalyc.org/journal/290/29059356006/29059356006.pdf>
- Causado-Rodríguez, E., Charris, A. y Guerrero, E. (2019). Mejora continua del servicio al cliente mediante Servqual y Red de Petri en un restaurante de Santa Marta, Colombia. *Información Tecnológica*, 30(2), 73-84. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642019000200073>
- Churchill G. A. & Suprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer Dissatisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19, (4S), 491-504. <https://doi.org/10.2307/3151722>
- Cronbach, L. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cronin Jr., J. & Taylor, S. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68. <https://doi.org/10.2307/1252296>
- Cronin Jr., J. & Taylor, S. (1994). Servperf versus Servqual: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131. <https://doi.org/10.2307/1252256>
- Cronin Jr., J., Brady, M. K. & Hult, G. T. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(00\)00028-2](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(00)00028-2)
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-203. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Drucker, P. F. (1989). *El ejecutivo eficaz*. Editorial Sudamericana.

- Duque, E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Innovar*, 15(25), 64-80. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/30>
- Eiglier, P. y Langeard, E. (1989). *Servucción. El marketing de servicios*. McGraw-Hill.
- Fornell, C. & D. Larcker. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892014000200011&script=sci_abstract
- Garvin, D. A. (1984). What does “product quality” really mean? *Sloan Management Review (Pre-1986)*, 26(1), 25-43.
- Ghotbabadi, A., Feiz, S. & Baharun, R. (2015). Service quality measurements: a review. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 5(2), 267-286. <http://dx.doi.org/10.6007/IJARBS/v5-i2/1484>
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784>
- Grönroos, C. (1988). Service quality: the six criteria of good service quality. *Review of Business*, 9(3), 10.
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Editorial Díaz de Santos.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. Prentice Hall.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Prentice Hall.
- Henao, D., Giraldo, A. y Yepes, C. (2018). Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.iecp>

- Herstein, R. & Gamliel, E. (2006). The role of private branding in improving service quality. *Managing Service Quality: An International Journal*, 16(3), 306-319.
<https://doi.org/10.1108/09604520610663516>
- Itumalla, R., Acharyulu, G. V. & Shekhar, B. R. (2014). Development of HospitalQual: a service quality scale for measuring in-patient services in hospital. *Operations and Supply Chain Management: an International Journal*, 7(2), 54-63.
- Jabnoun, N. & Chaker, M. (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality: an International Journal*, 13(4), 290-299.
<https://doi.org/10.1108/09604520310484707>
- Juran, J.M. (1994). Por qué fracasan las iniciativas de la calidad. *Harvard-Deusto Business Review*, (63), 58-62.
- Juwaheer, T. D. & Kassean, H. (2006). Exploring quality perceptions of health care operations: a study of public hospitals of Mauritius. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 16(1-2), 89-111. https://doi.org/10.1300/J375v16n01_07
- Kilbourne, W. E., Duffy, J. A., Duffy, M. & Giarchi, G. (2004). The applicability of Servqual in cross-national measurements of health-care quality. *Journal of Services Marketing*, 18(7), 524-533.
<https://doi.org/10.1108/08876040410561857>
- Luna Espinoza, I. y Torres Fragoso, J. (2022). Análisis de la calidad de servicios públicos de salud con el modelo Servperf: un caso en el Istmo de Tehuantepec. *Contaduría y Administración*, 67(1), 90-118. <http://dx.doi.org/10.22201/fca.24488410e.2022.2956>
- Martínez-García, J. y Martínez-Caro, L., (2009). La validez discriminante como criterio de evaluación de escalas, ¿teoría o estadística? *Universitas Psychological*, 8(1), 27-36.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a2.pdf>
- Messick, S. (1989). *Validity. The specification and development of tests of achievement and ability. Educational measurement* (third edition). American Council on Education.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.

- Øvretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74-80. <https://doi.org/10.1108/09526860010319523>
- Palacios Palacios, D. y Córdoba Rodríguez, J. E. (2021). Percepción de la calidad de la educación superior de la universidad tecnológica del chocó: perspectiva de los estudiantes. *Revista Criterio Libre*, 19(35), 231-251. <https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2021v19n35.8374>
- Parasuraman, A., Zenithal, V. & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50. <https://doi.org/10.1177/002224298504900403>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988). Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zenithal, V. & Berry, L. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*, 32(3), 39-48.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2006). *Manual de investigación en ciencias sociales*. Editorial Limusa.
- Ley 100. (1993). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Gobierno Nacional, Congreso de la República. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 104-124. <https://doi.org/10.1108/09526860810841192>
- Ross C., Frommelt, G., Hazelwood, L. & Chang, R. (1987). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *Journal of Healthcare Marketing*, 7(4), 16-26.
- Sohail, M. (2003). Service quality in hospitals: more favourable than you might think. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(3), 197-206. <https://doi.org/10.1108/09604520310476463>

- Tam, J. (2007). Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of a health service center. *Marketing Intelligence & Planning*, 25(7), 732-45. <https://doi.org/10.1108/02634500710834197>
- Terán, N., Gonzáles, J., Ramírez-López, R. y Palomino, G. (2021). Calidad de servicio en las organizaciones de Latinoamérica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 1184-1197. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.320
- Tucker, J. L. & Adams, S. R. (2001). Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care. *Managing Service Quality: An International Journal*, 11(4), 272-287. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000005611>
- Woodruff, R. B., Cadotte, E. R. & Jenkins, R. L. (1983). Modeling Consumer Satisfaction Processes Using Experienced-Based Norms. *Journal of Marketing Research*, 20(3), 296-304. <https://doi.org/10.1177/002224378302000308>
- Zarei, A., Arab, M., Froushani, A. R., Rashidian, A. & Ghazi Tabatabaei, S. M. (2012). Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-31>