



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

**Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas
Departamento de Administración de Empresas y Marketing**

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y
SATISFACCIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO EN FUNCIÓN
DEL MODELO DE GESTIÓN ESTABLECIDO**

Tesis Doctoral dirigida por:

**Dr. D. Salvador Miquel Peris
Catedrático de Comercialización e Investigación de Mercados**

**Dr. D. Miguel Angel Moliner Tena
Catedrático de Comercialización e Investigación de Mercados**

**Doctorando:
Manuel Civera Satorres**

Castellón de la Plana, Abril de 2008

A mi Madre

AGRADECIMIENTOS

Quisiera comenzar estas páginas expresando mi más sincera gratitud a todas aquellas personas e instituciones que han mostrado interés y apoyo en la elaboración y conclusión de esta investigación. Especialmente, a mis directores los Profesores Doctores D. Salvador Miquel Peris y D. Miguel Ángel Moliner Tena, cuyas valiosas tutelas, orientaciones y dirección han dado lugar al proyecto que ahora presentamos.

A mis compañeros de departamento, por sus consejos y ánimo diario.

También quisiera agradecer en general la atención prestada por la Conselleria de Sanidad de Valencia y particularmente a sus máximos responsables por el apoyo prestado en todo momento en la facilitación de cuanta documentación se les ha requerido así como en la accesibilidad a sus centros hospitalarios sin cuyo apoyo no hubiera sido posible culminar el estudio. Quisiera agradecer el apoyo y colaboración dispensada por todo el personal sanitario de los hospitales donde se ha efectuado la investigación sin cuya participación tampoco hubiera sido posible su conclusión, así como a todos los usuarios de estas instituciones que han contribuido a expresar sus opiniones en las encuestas de calidad efectuadas.

Queremos así mismo, mostrar nuestro agradecimiento, a los gestores del Hospital de la Ribera D. Alberto de la Rosa y D. Manuel Marín, así como a los gestores del Hospital 9 de Octubre y en particular a D. Rafael Huerga, por el gran apoyo, dedicación y ayuda ofrecida.

Quisiera además agradecer al Dr. D. Agustín Llopis Gonzalez y a su mujer la Dra. D.^a Maria del Moral por su apoyo incondicional en todo momento.

Tras varios años de esfuerzo, el doctorando está convencido, que un trabajo de esta envergadura no es obra de una sola persona sino de muchas, que con su amparo y colaboración han contribuido directa o indirectamente al mismo. Por ello quiero mostrar mi agradecimiento a Javier y Mary por su inestimable ayuda y tiempo dedicado.

Finalmente no podría concluir, sin manifestar mi más profunda admiración a mis padres siempre presentes en mi memoria y en especial a mi madre a quien está dedicada esta Tesis.

Gracias a todos.

ÍNDICE

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I. LA CALIDAD DE UN SERVICIO HOSPITALARIO	5
I.1. INTRODUCCIÓN	7
I.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA	7
I.2.1. El paradigma disconfirmatorio.....	11
I.2.2. La multidimensionalidad de la calidad percibida del servicio	13
I.3. LA MODELIZACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA	18
I.3.1. Modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry	18
I.3.2. Modelo ampliado de calidad de servicio de Zeltlimai, Berry y Parasuramam	21
I.3.3. El modelo de calidad de servicio de Grönroos.....	23
I.3.4. Modelo de la calidad de Grönroos – Gummerson	24
I.3.5. El modelo de Gestión del Producto Servicio: la Oferta de Servicios Incrementada de Grönroos	26
I.3.6. El modelo “Servucción” de calidad de Eiglier y Langeard.....	30
I.3.7. El modelo de calidad de servicio de Bolton y Drew	32
I.3.8. El modelo de calidad de servicio de Bitner.....	33
I.4. LA CALIDAD HOSPITALARIA	34

CAPÍTULO II. RELACIÓN CALIDAD – SATISFACCIÓN EN UN SERVICIO HOSPITALARIO	37
II.1. CONCEPTO DE SATISFACCIÓN	39
II.2. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE AFECTIVO DE LA SATISFACCIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	49
II.2.1. Modelo conceptual cognitivo-afectivo de la satisfacción.....	50
II.2.1.1. Efectos de la disconfirmación.....	50
II.2.1.2. Efectos de las emociones	51
II.2.1.3. Efectos de la satisfacción.....	52
II.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE LA CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA Y LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES	53
II.4. RELACIÓN CAUSAL ENTRE CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN	58
II.5. CALIDAD Y SATISFACCIÓN EN SANIDAD.....	62
II.5.1. El “por qué” del análisis de la satisfacción.....	62
II.5.2. El “objeto” y el “sujeto” de análisis.....	64
II.5.3. El “qué” y el “cómo”	66
CAPÍTULO III. SISTEMA NACIONAL DE SALUD	69
III.1. REGULACIÓN LEGAL Y REGLAMENTARIA A TENER EN CUENTA	71

III.2. PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	73
III.3. RECURSOS ASISTENCIALES ESTATALES ESPECIALIZADOS	75
III.4. AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	80
III.5. D.G. DE LA AGENCIA PARA LA CALIDAD, EVALUACIÓN Y MODERNIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES (ACEMSA) ÁREA DE MODERNIZACIÓN Y SISTEMAS DE ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	81
III.5.1. Plan de Calidad Total de la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana.....	83
III.5.1.1. Objetivos del Plan.....	85
CAPÍTULO IV. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	93
IV.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	95
IV.2. JUSTIFICACIÓN DEL SECTOR ELEGIDO	95
IV.3. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	101
IV.4. ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.....	102

IV.5. MUESTRA Y TRABAJO DE CAMPO	108
IV.6. SELECCIÓN DE LAS TÉCNICAS ESTADÍSTICAS	108
CAPÍTULO V. RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO	115
V.1. INTRODUCCIÓN	117
V.2. DIMENSIONALIDAD, FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN.....	117
V.2.1. Profesionalidad del personal.....	117
V.2.2. La evaluación de la confianza que inspira el personal del hospital.....	119
V.2.3. Empatía.....	120
V.2.4. Capacidad de respuesta.....	122
V.2.5. Conocimiento del Paciente	123
V.2.6. Trato recibido	125
V.2.7. Información que da el personal.....	126
V.2.8. Equipamiento disponible	128
V.2.9. Coordinación del personal	130
V.2.10. Dedicación que me da el personal	132
V.2.11. Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas	134
V.2.12. Instalaciones del interior del servicio	135
V.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS.....	135

V.3.1. Perfil de la muestra	135
V.3.2. Análisis descriptivo de los resultados.....	141
V.3.2.1. Profesionalidad del personal.....	142
V.3.2.2. La evaluación de la confianza que inspira el personal del hospital.....	147
V.3.2.3. Empatía.....	152
V.3.2.4. Capacidad de respuesta.....	157
V.3.2.5. Conocimiento del paciente	162
V.3.2.6. Trato recibido	169
V.3.2.7. Información que da el personal.....	175
V.3.2.8. Equipamiento disponible	181
V.3.2.9. Coordinación del personal	188
V.3.2.10. Dedicación que me da el personal	193
V.3.2.11. Comodidad de las salas de espera y las consultas	198
V.3.2.12. Instalaciones del interior del servicio	200
V.4. LA FORMACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.....	201
V.4.1. La formación de la satisfacción. Hospital de Sagunto.....	201
V.4.1.1 Personal médico.....	201
V.4.1.2 Personal de enfermería	203
V.4.1.3 Instalaciones	204
V.4.1.4 Relación entre las medidas de satisfacción.....	205
V.4.2. La formación de la satisfacción. Hospital de Alzira.....	206
V.4.2.1. Personal médico.....	206
V.4.2.2. Personal de enfermería	208

V.4.2.3 Instalaciones	210
V.4.2.4 Relación entre las medidas de satisfacción.....	210
V.4.3. La formación de la satisfacción. Hospital 9 de Octubre.....	211
V.4.3.1. Personal médico.....	211
V.4.3.2. Personal de enfermería	213
V.4.3.3 Instalaciones	215
V.4.3.4 Relación entre las medidas de satisfacción.....	216
V.5. RESUMEN DE LAS RELACIONES CAUSALES DE LA FORMACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.....	218
V.5.1. Personal médico.....	217
V.5.2 Personal de enfermería	219
V.5.3 Instalaciones	222
V.5.4 Relación entre las medidas de satisfacción.....	223
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA	225
VI.1. CONCLUSIONES SOBRE LA DIMENSIONALIDAD, FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN.....	227
VI.2. CONCLUSIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.....	236
VI.3. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	237

BIBLIOGRAFÍA 239

PRESENTACIÓN

La importancia de la calidad y la preocupación constante de nuestros centros sanitarios por su mejora continua es cada vez mayor, tanto desde el punto de vista de la planificación de la asistencia sanitaria como de la gestión de los procesos asistenciales tanto extra como intrahospitalarios. El interés de la presente tesis doctoral se centra en el estudio de en qué medida la satisfacción con el personal médico y de enfermería de nuestros pacientes influye en la determinación de las distintas dimensiones de la calidad percibida por los mismos en relación con el proceso asistencial y con el hospital en general. En concreto, se centra en el análisis de aquellos factores que en mayor medida determinan la satisfacción de nuestros usuarios con el personal médico y de enfermería y a su vez la influencia de esta satisfacción sobre la calidad percibida por nuestros pacientes en la prestación de los servicios asistenciales y con el hospital en general.

La satisfacción con el personal médico y de enfermería de nuestros centros por parte de nuestros pacientes puede venir favorecido por determinados factores, éstos pueden ser: capacidad profesional, empatía, confianza que inspiran, información que se proporciona, capacidad de respuesta, coordinación, trato recibido, nivel de conocimiento del paciente, y dedicación del personal.

A su vez, la satisfacción global con el hospital vendría determinada por la satisfacción con su personal y además por otra serie de factores tales como: equipamiento, instalaciones del interior del servicio y comodidad de las salas de espera y las consultas.

Con la intención de poder llegar a lograr un mayor entendimiento y conocimiento de los factores determinantes de la satisfacción con el personal médico y de enfermería por parte de nuestros pacientes y en qué medida influye esta satisfacción sobre las distintas dimensiones de la calidad percibida por los mismos, se inicia la presente tesis doctoral. Para alcanzar esta meta, la misma se ha dividido en seis capítulos.

En el primer capítulo se llevará a cabo una revisión de las diferentes conceptualizaciones sobre el servicio y los modelos más reconocidos para la prestación del servicio que han ido apareciendo en los últimos años.

A través de dicha revisión intentaremos ofrecer una breve descripción de los citados modelos, remarcando sus características más significativas, sus objetivos, las problemáticas que puedan suscitar, así como las más importantes diferencias que se aprecian entre los mismos.

En el segundo capítulo se estudia la relación calidad-satisfacción, abordándose en primer lugar las distintas conceptualizaciones de satisfacción en los usuarios. En segundo lugar se aborda el estudio del componente afectivo de la satisfacción dada su repercusión y transcendencia en la formación de la satisfacción en el ámbito de los servicios sanitarios, estudiando el modelo conceptual cognitivo-afectivo de la satisfacción y analizando los efectos de la disconformación, de las emociones y de la satisfacción, finalizando el capítulo con el estudio de la calidad y satisfacción en el ámbito de los servicios sanitarios.

En el capítulo tercero se procede al estudio del Sistema Nacional de Salud, identificando su estructura orgánica y funcional. Así mismo se estudia el desarrollo legal y reglamentario del mismo. Posteriormente se abordan y se hace referencia a las prestaciones del sistema nacional de salud y se realiza un resumen de los recursos hospitalarios de la red del S.N.S. A continuación se realiza un breve resumen de funciones de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. En último lugar se aborda la descripción de la agencia para la calidad, evaluación y modernización de los servicios asistenciales de la Conselleria de Sanidad, haciendo un breve repaso al Plan de Calidad Total de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Valenciana, describiendo sus objetivos y líneas estratégicas.

En el capítulo cuarto, se plantean los objetivos y metodología de la investigación, dando paso al capítulo quinto, donde, en base a los objetivos planteados se agrupan los resultados obtenidos, tras la recogida y posterior tratamiento de la información. Una vez mostrados los resultados, en el capítulo sexto se exponen las conclusiones, las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación.

CAPÍTULO I

LA CALIDAD DE UN SERVICIO HOSPITALARIO

I.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se llevará a cabo una revisión de las diferentes conceptualizaciones sobre el servicio y los modelos más reconocidos para la prestación del servicio que han ido apareciendo en los últimos años.

A través de dicha revisión intentaremos ofrecer una breve descripción de los citados modelos, remarcando sus características más significativas, sus objetivos, las problemáticas que puedan suscitar, así como las más importantes diferencias que se aprecian entre los mismos.

Se han realizado diversos estudios sobre la evolución histórica del análisis de la literatura sobre gestión, calidad y marketing de servicios (Berry y Parasuraman, 1993; Fisk et al., 1993; Gil, 1995; Lloréns, 1996). Después de un primer repaso a la literatura sobre la gestión y prestación de servicios hemos seleccionado varios modelos que por su generalidad y su carácter integrador pueden ser considerados como representativos de las diferentes corrientes sobre el estudio de la calidad de servicios.

Estos modelos se recogen principalmente alrededor de tres escuelas: las de a) Parasuraman, Zeithmal y Berry (escuela norteamericana); b) Eiglier y Langeard (escuela francesa) y c) Grönroos (escuela escandinava). Los trabajos de estos autores muestran un rasgo común en su carácter integrador. Sus modelos pretenden no sólo llevar a cabo un análisis parcial de los distintos aspectos caracterizadores de los servicios, sino que junto a esa visión analítica, intenta además conseguir una visión global que recoja al mismo tiempo los hallazgos anteriores y las interrelaciones existentes entre los mismos.

I.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA

Podemos encontrar infinidad de definiciones del concepto de calidad, entre la que destacamos la de Maqueda y Llaguno (1995: 8): *“Calidad es el conjunto de propiedades, circunstancias, caracteres, atributos, rasgos y demás humanas apreciaciones, inherentes o adquiridas por el objeto valorado: persona, cosa, producto, servicio, proceso, estilo, función empresarial, etc., que permiten distinguir las peculiaridades del objeto y de su productor (empresa), y estimarlo (valorarlo) respecto a otros objetos de su especie”*. Además de esta, existen otras aproximaciones al concepto de calidad desde diversos puntos de vista (tabla I.1).

Tabla I.1. Diferentes aproximaciones al concepto de calidad.

Calidad objetiva	Calidad subjetiva
Visión interna de la calidad	Visión externa de la calidad.
Enfoque de Producción/Oferta	Enfoque de Marketing/Demanda.
Adaptación a especificaciones preestablecidas	El cliente auténtico juez de la calidad
Prestación sin errores, reduciendo costes y evitando desviaciones respecto al estándar establecido	Habilidad de la empresa para determinar las necesidades, deseos y expectativas de los clientes
Adecuada para actividades estandarizadas	Actividades de elevado contacto con clientes

Fuente: Vázquez Casielles R.; Rodríguez del Bosque, I.; Díaz Martín, A.M. (1996). *Estructura, multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados: desarrollo y validación de la escala CALSUPER*. Documento de Trabajo 119 96. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Oviedo.

Como punto de partida, cabría señalar que la calidad, sea en productos tangibles o en servicios, es lo que los clientes perciben (Grönroos, 1994: 35) o bien la juzgan en función de lo que quieren (Devlin y Dong, 1994: 6). Se registran, sin embargo, en el caso de los servicios algunas especificidades que hacen que la valoración de la calidad de los mismos por parte de los clientes resulte más problemática (Zeithmal, 1981).

El conocimiento acerca de la calidad de los productos tangibles, sin embargo, es insuficiente para comprender la calidad de los servicios (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985), debido a la diferente naturaleza de ambos, que implica la existencia de una serie de características de los servicios que los diferencian de los productos tangibles (Grönroos, 1994; Lovelock, 1983; Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985; Zeithmal, 1981).

En este sentido, calidad equivale a “cero defectos”, calidad es hacerlo bien a la primera, calidad es la conformidad a unos requisitos previos, etc. Cosa que en los servicios,

evidentemente, no siempre es posible. Así, por ejemplo, igualmente podemos recordar en lo que atañe a este tema de los errores como: *"Las equivocaciones son una parte crítica de todo servicio. Por mucho que se esfuercen, incluso las mejores empresas de servicios, no pueden evitar el ocasional vuelo con retraso, el bistec quemado o el paquete extraviado. El hecho es que en los servicios, prestados a menudo en presencia del cliente, los errores son inevitables"* (Hart et al., 1991).

De las características diferenciadoras entre los productos tangibles y los servicios, cabe destacar su intangibilidad, heterogeneidad y la inseparabilidad de la producción y el consumo (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985) que hacen que la determinación de la calidad del servicio no pueda evaluarse del mismo modo que en los productos tangibles. Veamos estas características de una manera más detallada:

- Intangibilidad: la mayoría de los servicios son intangibles (Lovelock, 1983). No son objetos, son más bien resultados.

Esto significa que muchos servicios no pueden ser verificados por el consumidor antes de su compra para asegurarse de su calidad, ni tampoco se pueden dar las especificaciones uniformes de calidad propias de los bienes. Por tanto, debido a su carácter intangible, una empresa de servicios acostumbra a tener dificultades para comprender cómo sus clientes perciben la calidad de los servicios que presta (Zeithmal, 1981).

- Heterogeneidad: los servicios -especialmente los de alto contenido de trabajo- son heterogéneos en el sentido de que los resultados de su prestación pueden ser muy variables de productor a productor, de cliente a cliente, de día a día. Por tanto, es difícil asegurar una calidad uniforme, por que lo que la empresa cree prestar puede ser muy diferente de lo que el cliente percibe que recibe de ella.
- Inseparabilidad: en muchos servicios, la producción y el consumo son indisolubles (Grönroos, 1978). En servicios intensivos en capital humano tiene lugar, a menudo, una interacción entre el cliente y la persona de contacto de la empresa de servicios. Esto afecta considerablemente a la calidad y a su evaluación.

Estas características intrínsecas de los servicios llevan a cuatro consecuencias importantes (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985):

- La calidad de los servicios es más difícil de evaluar que la de los bienes.
- La propia naturaleza de los servicios conduce a una mayor variabilidad de su calidad y, consecuentemente, a un riesgo percibido del cliente más alto que en el caso de la mayoría de bienes.
- La valoración (por parte del cliente) de la calidad del servicio tiene lugar mediante una comparación entre expectativas y resultados.
- Las evaluaciones de la calidad hacen referencia tanto a los resultados como a los procesos de prestación de los servicios.

Estas características diferenciadoras de los servicios son las que obligan, para determinar la calidad de los servicios, a conocer qué aspectos son los que los clientes utilizan para evaluar el servicio y cuál es la percepción que tienen sobre los mismos (Grönroos, 1994: 35), orientando la evaluación hacia el proceso, más que hacia el resultado. Esta perspectiva supone admitir que la determinación de la calidad en los servicios debe estar basada fundamentalmente en las percepciones que los clientes tienen sobre el servicio (Grönroos, 1994; Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985; Steenkamp, 1990), con lo que se introduce el concepto de calidad percibida de los servicios, que ha sido la forma de conceptualizar la calidad predominante en el ámbito de los servicios, un elemento importante de diferenciación de la presente tesis doctoral es el conjugar la calidad subjetiva o percibida con la calidad objetiva.

En la literatura sobre la calidad, el concepto “*calidad*”, como ya hemos mencionado más arriba, se refiere a la “*calidad percibida*”, es decir “*al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto*” (Zeithmal, 1988: 3), que aplicado al servicio significaría “*un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio*” (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1988: 16):

- En este sentido la “calidad percibida” es diferente a la “calidad objetiva” (que se refiere a la superioridad, a menudo técnica, de un producto que, se supone, mensurable y verificable respecto a un estándar ideal predeterminado).

- La “calidad percibida” supone un nivel de abstracción más alto que cualquiera de los atributos específicos del producto, tiene una característica multidimensional y es, asimismo, medible.
- Finalmente, la “calidad percibida” se valora (como más alta o más baja) en el marco de una comparación, respecto de la excelencia o superioridad relativas de los bienes o servicios que el consumidor ve como sustitutos.

Una vez visto lo relatado hasta el momento, parece que queda demostrado que en un contexto de mercado de servicios, la calidad merece un tratamiento y una conceptualización distinta a la que se asignaba a la calidad de los bienes tangibles. A diferencia de la calidad en los productos, calidad que puede ser medida objetivamente a través de indicadores tales como duración o número de defectos, la calidad en los servicios es algo fugaz que puede ser difícil de medir (Parasuraman et al., 1988). La propia intangibilidad de los servicios origina que estos sean en gran medida percibidos de una forma subjetiva (Grönroos, 1994: 37).

I.2.1. El paradigma disconfirmatorio

Algunos autores abogan por la teoría del paradigma disconfirmatorio, o sea, valorar la calidad de servicio percibida como un desajuste entre expectativas y percepciones de resultados.

Grönroos (1994) indica en su obra que la calidad de servicio percibida es dependiente de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido, y es por esta razón el resultado de un proceso de evaluación continuado. En ausencia de medidas objetivas, hemos de recurrir a las percepciones de los clientes en nuestro propósito de evaluar la calidad del servicio (Parasuraman et al., 1988); entendiendo por percepciones, las creencias de los consumidores relativas al servicio recibido (Parasuraman et al., 1985).

En esta línea de pensamiento, la calidad de servicio ha sido definida como una forma de actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción¹, que resulta de la comparación de expectativas con resultado real (Bolton et al. 1991a; Devlin y Dong, 1994; Grönroos, 1984; Parasuraman et al., 1991a;). Expectativas que se pueden formar sobre la base de

¹ La diferencia entre calidad percibida y satisfacción radica en el hecho de que mientras la primera es un juicio global, una actitud, una evaluación a largo plazo; la segunda hace referencia a una transacción específica, a un "encuentro" específico (Bitner, 1990; Bolton et al. 1991; Cronin et al. 1992; Oliver 1993; Parasuraman et al., 1988; Parasuraman et al., 1994).

experiencias previas, comunicación boca-oreja, comunicación comercial habitual, necesidades personales de los clientes, opiniones de los expertos, exposición previa a servicios de los competidores (Boulding et al 1993; Brown et al, 1989; Grönroos 1994; Parasuraman et al., 1985).

Por tanto, los clientes valoran la calidad del servicio, al comparar lo que desean o esperan, con lo que actualmente reciben o perciben que reciben a partir de *“la discrepancia entre las percepciones de los consumidores de los servicios ofrecidos por una empresa en particular y sus expectativas acerca de la oferta de las empresas en tales servicios”*, resultando de *“una comparación entre lo que considera debe ser el servicio ofrecido por la empresa (sus expectativas), y su percepción del resultado de los prestatarios del servicio”* (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1988: 14). De tal modo que el resultado final de esta discrepancia es función de *“la magnitud y dirección del desajuste entre servicio esperado y servicio percibido”* (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985: 46). En dónde las expectativas², se consideran como *“deseos o necesidades de los consumidores, por ejemplo, lo que sienten que debe ser entregado por un proveedor de servicio antes de lo que podría ser ofrecido”* (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1988: 17)³.

Las percepciones, a su vez, son las creencias de los consumidores relativas al servicio recibido. Como resultado lógico de lo anteriormente expuesto *“los juicios de alta o baja calidad de servicio dependen de cómo perciben los consumidores el resultado actual del servicio en el contexto de lo que esperaban”* (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985: 46). De tal modo, que un cliente percibirá un servicio como dotado de calidad cuando su experiencia con la prestación de un determinado servicio, iguale o supere sus expectativas iniciales. Por el contrario, el servicio será catalogado de mala calidad cuando las expectativas no se vean cumplimentadas por el posterior resultado.

² Debemos señalar, no obstante, que a juicio de Parasuraman et al., (1988) el término expectativas, tal y como es utilizado en la literatura de calidad de servicios difiere de la forma en que el entendido en la literatura de satisfacción del consumidor. De esta manera, si bien en esta última las expectativas son probabilidades definidas por el consumidor sobre lo que ocurrirá durante una transacción o intercambio; en calidad de servicios, por su parte, las expectativas son consideradas como deseos de los consumidores. Tal y como dichos autores argumentan es "lo que ellos sienten que el proveedor del servicio debiera ofrecer más que lo que ofrecería".

³ El "debe ser ofrecido" equivale a los términos "should offer", forma en que son inicialmente definidas las expectativas producto Parasuraman, Zeithmal y Berry. en cambio, el "podría ser ofrecido" equivale a los términos "would offer", forma en que son redefinidas posteriormente estas expectativas.

Antes de finalizar este apartado, debemos señalar que estos mismos autores (Parasuraman, Zeithmal y Berry. 1991: b), en un artículo posterior argumentan que las expectativas del consumidor respecto a la calidad del servicio presentan dos niveles: el deseado y el adecuado. El primero es el nivel servicio que el cliente espera recibir, es el nivel de servicio que el cliente cree que puede y debiera ser prestado. Por su parte, el nivel adecuado es aquel que el cliente considera aceptable, estando basado en parte en la valoración por parte del cliente de lo que será el servicio realmente. Entre ambos niveles de servicios lo que existe es la llamada zona de tolerancia.

Reseñar asimismo que cuando el resultado percibido por el cliente en la prestación del servicio cae dentro de esa zona de tolerancia, la organización prestadora del servicio se encuentra en una situación de ventaja competitiva, ubicándose en una situación de desventaja competitiva cuando el resultado percibido cae por debajo del nivel adecuado, y en una situación de lealtad del cliente cuando el resultado excede el nivel deseado.

I.2.2. La multidimensionalidad de la calidad percibida del servicio

Las dimensiones son elementos de comparación que utilizan los sujetos para evaluar los distintos objetos (Bou, 1997: 251). La generación de estas dimensiones o características diferenciadas ayudan a especificar el contenido del constructo, en este caso la calidad percibida del servicio. Sin embargo, estas dimensiones no son, en muchos casos, directamente observables por los sujetos, sino que son abstracciones realizadas a partir de atributos o características que el sujeto percibe.

La teoría económica y, en ocasiones el marketing, ha definido la calidad como dependiente del nivel de atributos del producto.

La literatura de gestión la ha definido mediante dos dimensiones primarias: adecuación al uso y fiabilidad (Garvin 1984; Juran 1994). En la práctica, la calidad de un producto tangible se ha identificado con alguna de sus características: el peso, el material, la brillantez, la apariencia lujosa, etc.

Con el fin de incorporar diferentes perspectivas, Garvin (1984) destacó ocho dimensiones de la calidad, que podrían ser útiles como un marco de referencia para el análisis de la planificación estratégica. Estas son: 1) desempeño; 2) características; 3) confiabilidad (probabilidad de un mal funcionamiento); 4) apego (habilidad de cumplir

con las especificaciones); 5) durabilidad; 6) aspectos del servicio (rapidez, cortesía, competencia y facilidad de corregir problemas); 7) estética; y 8) calidad percibida.

Aún cuando estas perspectivas se desarrollaron principalmente desde una perspectiva de fabricación, sí tienen algún valor generalizable para los servicios, pero se requiere un enfoque diferente para medir la calidad del servicio debido a la naturaleza distintiva de estos (Lovelock, 1997).

Es una idea ampliamente aceptada el carácter multidimensional de la calidad del servicio desde una aproximación teórica. Otra cosa muy diferente es la identificación de los determinantes de la variable calidad del servicio, siendo una preocupación constante en la literatura del marketing de servicios. Las diferentes clasificaciones de dimensiones que se otorgan al constructo son muy variables y heterogéneas, sin que exista por el momento ningún consenso al respecto.

Para Lehtinen y Lehtinen (1982) una premisa básica es que la calidad del servicio es producida en la interacción entre un cliente y los elementos de la organización de un servicio.

Estos autores determinan tres dimensiones de la calidad: a) *calidad física*, que incluyen los aspectos físicos del servicio (equipamiento, edificios...); b) *calidad corporativa*, que afecta a la imagen de la empresa; y c) *calidad interactiva*, la cual deriva tanto de la interacción entre el personal y el cliente como de los clientes con otros clientes.

En cambio Eiglier y Langeard (1989) a partir de su teoría de la “servucción”⁴, desarrollan el concepto de la calidad del servicio a partir de tres niveles: el output, los elementos de la servucción y el proceso en sí mismo. Las tres dimensiones son percibidas y, por así decirlo, adquiridas por el cliente.

- a) *La calidad del output o la calidad del servicio prestado como resultado final.* Se trata de calidad del servicio prestado en sí mismo y dependerá de si el servicio ha sido capaz de cubrir o no, las necesidades y las expectativas del cliente. Los autores inciden sobre la necesidad imperiosa del conocimiento de estas expectativas para ofrecer un servicio de calidad y adaptado al cliente.

⁴ Eiglier y Langeard (1989: 4) proponen el neologismo "servucción", para designar el proceso de creación del servicio, ya que consideraban que no existía ningún término equivalente a producción para expresar el proceso de creación del servicio.

- b) *La calidad de los elementos de la servucción o la calidad de los elementos que intervienen en el proceso de fabricación del servicio.* En este apartado, los autores se refieren al soporte físico (modernidad, sofisticación, limpieza...), personal de contacto (eficacia, cualificación, presentación, disponibilidad...), clientela (pertenencia al mismo segmento) y eficacia de su participación.
- c) *La calidad del proceso de prestación del servicio.* Esta calidad se expresa por la fluidez y la facilidad de las interacciones, su eficacia, su secuencia y por su grado de adecuación a las expectativas y necesidades del cliente.

Las tres dimensiones se encuentran interrelacionadas entre sí, y sólo si se alcanza la calidad en las tres se logra la calidad del servicio.

Por su parte Grönroos (1984) describe la calidad del servicio, como una variable multidimensional formada a partir de dos componentes principales, tal y como es percibida por los clientes: *una dimensión técnica* o de resultado y *una dimensión funcional* o relacionada con el proceso. Para Grönroos (1984) los servicios: *“son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea. Se producen interacciones que incluyen una serie de “momentos de la verdad” entre el cliente y el proveedor del servicio. Lo que sucede en estas interacciones comprador-vendedor tiene un efecto fundamental en el servicio percibido”*. Es fácil observar que no se puede evaluar la dimensión de calidad funcional de una forma tan objetiva como la dimensión técnica. Con frecuencia se percibe de forma subjetiva. Grönroos relaciona estas dos dimensiones de la calidad del servicio con la imagen corporativa, ya que dicha imagen puede determinar aquello que se espera del servicio prestado por una organización⁵.

El modelo plantea que la calidad percibida por los clientes es la integración de la calidad técnica (qué se da), la calidad funcional (cómo se da) y la imagen corporativa.

⁵ Grönroos afirma que la imagen corporativa puede influir en la percepción de la calidad de varias formas: si el proveedor es bueno a los ojos de los clientes, si tiene una imagen favorable, probablemente se le perdonarán los errores menores. Si con frecuencia se producen errores, se deteriorará la imagen. Y si la imagen es negativa, el efecto de cualquier error será considerablemente mayor de lo que sería de otra manera. En lo que respecta a la percepción de la calidad, se puede considerar la imagen como un filtro (Grönroos, 1994).

La imagen es un elemento más a tener en cuenta para medir la calidad. En resumen, al cliente le influye el resultado del servicio, pero también la forma en que lo recibe.

Sin duda, la aportación que ha suscitado más interés en la literatura en la calidad en el terciario ha sido la descrita por Parasuraman, Zeithmal y Berry. Parasuraman et al. (1985, 1988) partieron de esta conceptualización de Grönroos para desarrollar un instrumento de medida de la calidad de servicio percibida: SERVQUAL. Para estos autores las percepciones de la calidad de servicio están influidas por una serie de gaps que tienen lugar en las organizaciones. Así, sugirieron una relación más amplia de los determinantes de la calidad de servicio. A partir de un extenso grupo de entrevistas, identificaron diez determinantes de la calidad de servicio. Virtualmente, todos los comentarios hechos por los consumidores en esta investigación exploratoria caían dentro de estas diez categorías. Aunque manifiestan que la importancia relativa de las categorías varía entre diferentes tipos de servicios y clientes, defienden que los determinantes de la calidad de servicio para la mayor parte de los consumidores se podrían incluir en dicha lista. A su vez también manifiestan que estas diez dimensiones definidas no son necesariamente independientes unas de otras (Zeithmal et al., 1993: 26). Distinguieron las siguientes dimensiones:

1. *Elementos tangibles.* Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
2. *Fiabilidad.* Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
3. *Capacidad de respuesta.* Disposición para ayudar a los clientes, y para proveerlos de un servicio rápido.
4. *Profesionalidad.* Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio.
5. *Cortesía.* Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto.
6. *Credibilidad.* Veracidad, creencia, y honestidad en el servicio que se provee.
7. *Seguridad.* Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
8. *Accesibilidad.* Lo accesible y fácil de contactar.

9. *Comunicación*. Mantener a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharles.
10. *Comprensión del cliente*. Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades.

Tras una investigación exploratoria y cualitativa, la medición de posibles coincidencias entre las diez dimensiones tuvo que esperar a una fase posterior de investigación cuantitativa. Sobre la base de la investigación cualitativa y el concepto de calidad de servicio percibida Parasuraman et al. (1988, 1991a) desarrollaron un instrumento que permitiese cuantificar la calidad de servicio: SERVQUAL. Este instrumento les permitió aproximarse a la medición mediante la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente.

Los diferentes análisis estadísticos utilizados en la estructuración del SERVQUAL evidenciaron la existencia de una importante correlación entre los “ítems” que representan algunas de estas diez dimensiones iniciales. Esto permitió reducir el número de dimensiones a cinco: así, la profesionalidad, la cortesía, la credibilidad y la seguridad, se agrupan en una dimensión de seguridad (en el sentido de confianza inspirada); por otro lado, la accesibilidad, la comunicación o la comprensión del usuario dieron lugar a la dimensión de empatía -en el sentido de capacidad de dar una atención individualizada-. Por tanto, las dimensiones resultantes fueron las siguientes: (1) *elementos tangibles* -aparición de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación; (2) *fiabilidad* -habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa; (3) *capacidad de respuesta* -disposición para ayudar a los clientes y para prestarles un servicio rápido; (4) *seguridad* -conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa a las anteriores dimensiones denominadas como profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad); y (5) *empatía* -muestra de interés y nivel atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa a los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario). La escala SERVQUAL ha sido testada y validada empíricamente para una amplia variedad de servicios catalogados como puros (Buttle, 1996).

I.3. LA MODELIZACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA

Se van a analizar los distintos modelos propuestos por diversos autores:

- Modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry
- Modelo ampliado de calidad de servicio de Zeithmal, Berry y Parasuraman
- Modelo de calidad de servicio de Grönroos
- Modelo de la calidad de Grönroos - Gummerson
- Modelo de Gestión del Producto Servicio: la Oferta de Servicios Incrementada de Grönroos
- Modelo “Servucción” de calidad de Eiglier y Langeard
- Modelo de calidad de servicio de Bolton y Drew
- Modelo de calidad de servicio de Bitner

I.3.1. Modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry.

La modelización y búsqueda de la medición de la calidad percibida se desarrolla principalmente a partir de las investigaciones llevadas a cabo por Parasuraman, Zeithmal y Berry⁶. Estos trabajos dieron como resultado el establecimiento de un modelo de evaluación de la calidad en las empresas de servicios: “El modelo de los Cinco Gaps”.

El procedimiento seguido por estos autores para formular sus teorías se basaba en la identificación de los problemas que llevan a una organización a una situación de prestación de un servicio de no calidad, con objeto de una vez conocidos los motivos del problema, encontrar soluciones y establecer unos programas de actuación.

El desarrollo del “Modelo de los cinco Gaps” se basó inicialmente en un estudio exploratorio cualitativo entre directivos y consumidores de empresas de servicios analizándose los principales motivos de desajuste (gap) que llevaban a un fallo en las políticas de calidad de las citadas empresas. El resultado del estudio exploratorio

⁶ Las investigaciones llevadas a cabo por Parasuraman, Zeithmal y Berry se recogen principalmente en los siguientes artículos: Parasuraman, Zeithmal y Berry (1985); Zeithmal, Berry y Parasuraman (1988); Parasuraman, Zenhmal y Berry (1988); Zeithmal, Parasuraman y Berry (1993); Parasuraman, Zeithmal y Berry (1994).

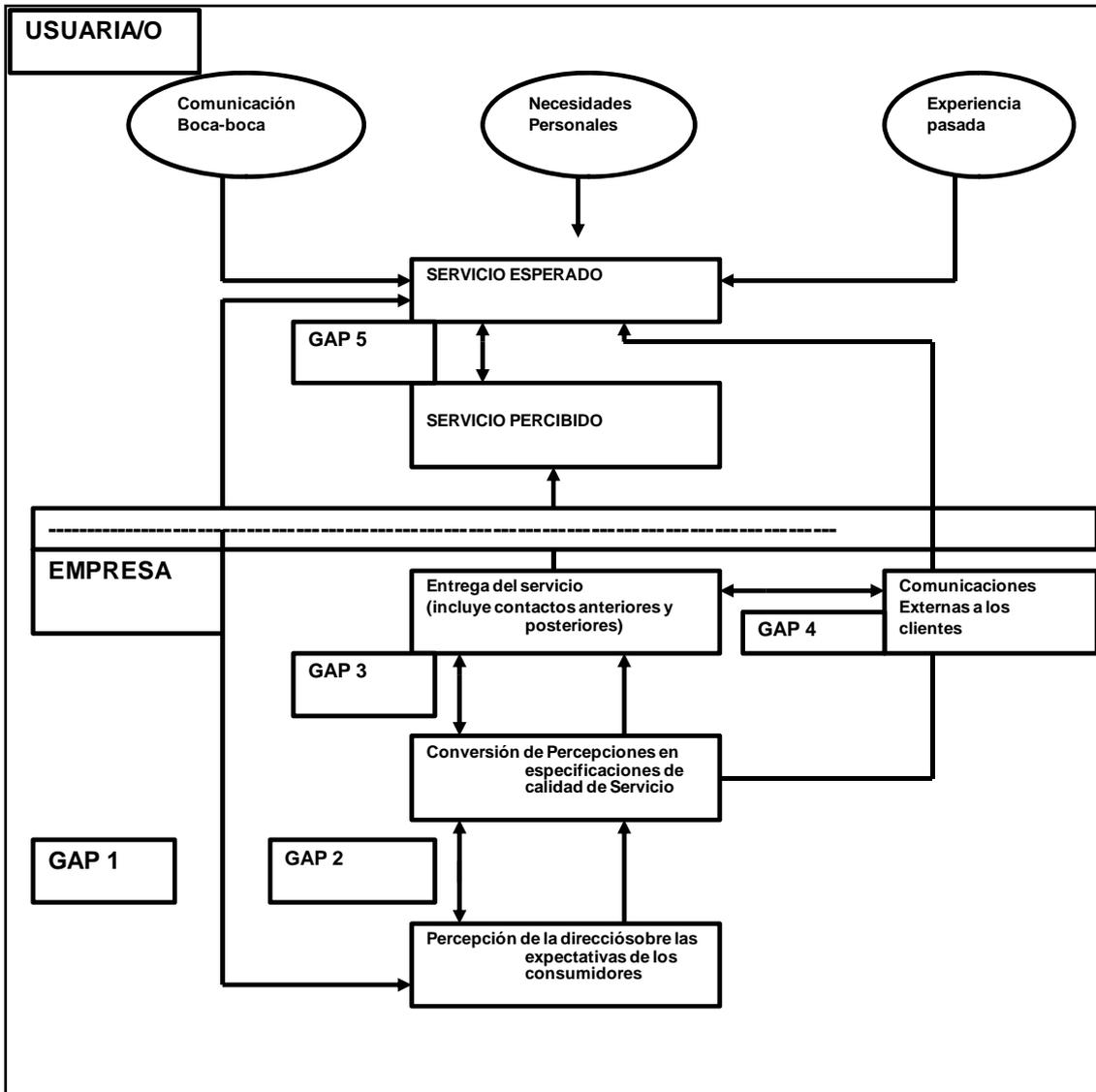
cualitativo es un modelo (figura I.1) que presenta cinco gaps o desajustes identificados por los autores como el origen del déficit de la calidad del servicio y que puede ser resumido como sigue: *“Una serie de discrepancias o deficiencias existen respecto a las percepciones de la calidad del servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores. Estas deficiencias son los factores que afectan a la imposibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad”* (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985: 44).

Estas discrepancias o deficiencias (gaps) a las que hace referencia el modelo se pueden resumir en las siguientes aseveraciones (Zeithmal, Parasuraman y Berry, 1993):

- *Gap 1:* Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.
- *Gap 2:* Discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.
- *Gap 3:* Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.
- *Gap 4:* Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.
- *Gap 5:* Discrepancia entre la expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio.

Como conclusión el modelo propone que el último desajuste se produce como consecuencia de las desviaciones anteriores y que constituye, según estos autores, el único patrón de medida de la calidad del servicio (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985). De donde se puede deducir que elemento clave para reducir el Gap nº 5 radica en disminuir las deficiencias 1 a 4 y mantenerlas en el nivel más bajo posible.

Figura I.1. Modelo conceptual de la calidad del servicio de Parasuraman, Zeithmal y Berry



Fuente. Parasuraman, A.; Zeithmal, V. y Berry, L. (1985). "A Conceptual Model of Service Quality and its Intplications for Future Research". Journal of Marqueting, Vol. 49, N° 4, otoño, p. 44.

Una vez localizados y definidos los gaps o deficiencias origen de una prestación de servicio de no calidad, Parasuraman, Zeithmal y Berry investigan sus causas con objeto de establecer las acciones a seguir por las empresas de servicio, para ofrecer calidad. Las principales razones, que dirigen a la organización hacia los estados de no calidad anteriormente descritos, son para cada deficiencia los siguientes (Zeithmal, Parasuraman y Berry, 1993):

- *GAP 1*: factores causales relacionados con la inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing, inadecuada comunicación vertical ascendente en la empresa y existencia de excesivos niveles jerárquicos de mando.
- *GAP 2*: insuficiente compromiso de la dirección con la calidad del servicio, percepción de inviabilidad para el cumplimiento de las expectativas del cliente, errores en el establecimiento de las normas o estándares para la ejecución de las tareas y ausencia de objetivos claros.
- *GAP 3*: ambigüedad de funciones, conflictos funcionales, desajuste entre los empleados y sus funciones, desajuste entre la tecnología y las funciones, sistemas inadecuados de supervisión y control, falta de control percibido y ausencia de sentido de trabajo en equipo.
- *GAP 4*: deficiencias en la comunicación horizontal entre los diferentes departamentos de la empresa, tanto en el interior de los mismos, como entre ellos, y tendencia de la empresa a prometer en exceso a sus clientes.

I.3.2. Modelo ampliado de calidad de servicio de Zeithmal, Berry y Parasuraman.

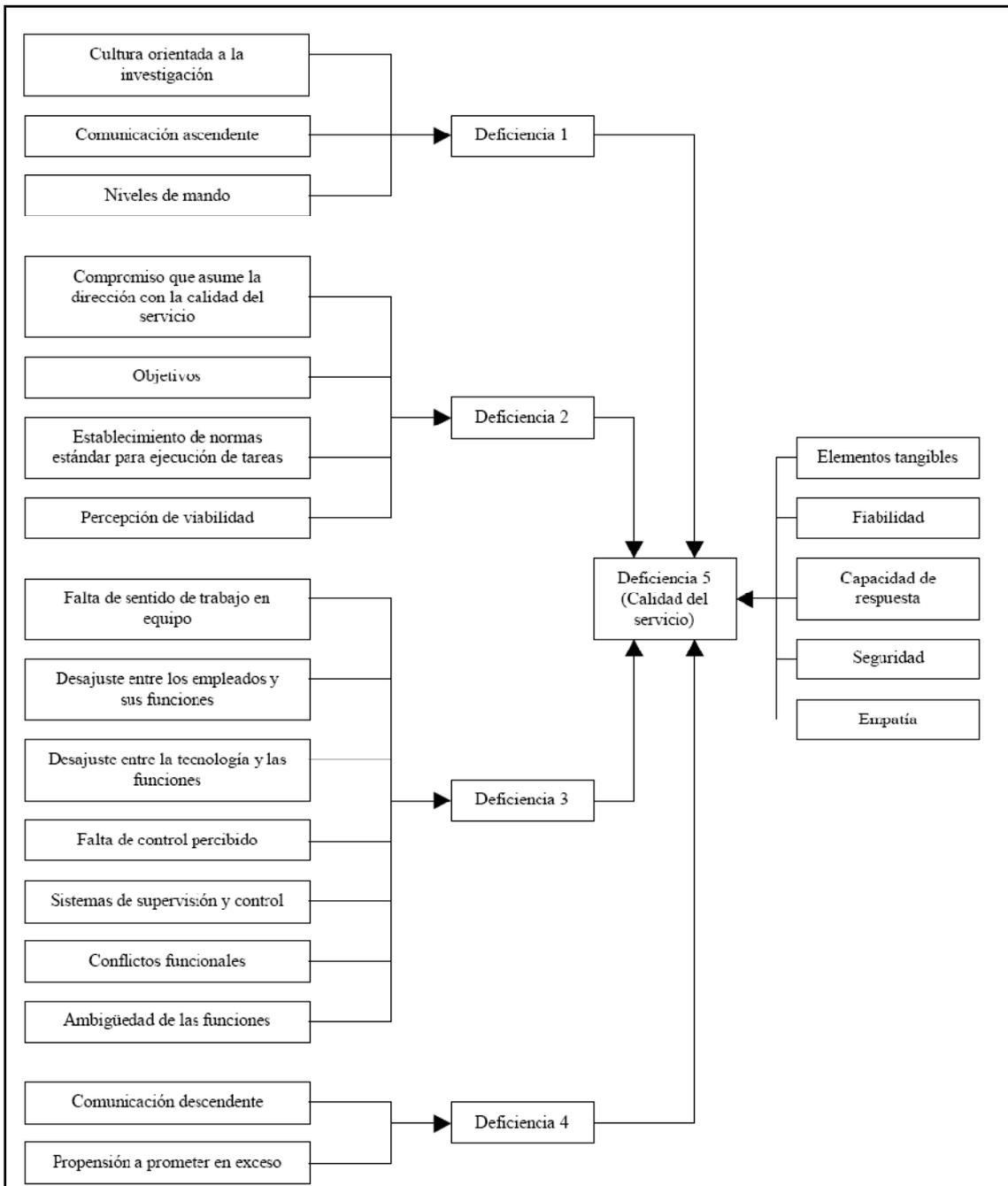
Los autores en un posterior trabajo empírico (Zeithmal, Berry y Parasuraman, 1988) presentaron un modelo ampliado de la calidad de servicio en el que se identificaba distintos factores organizativos y sus relaciones con las deficiencias en la calidad del servicio. En este modelo ampliado, al igual que en el modelo básico de las deficiencias, la discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones de la calidad del servicio (Deficiencia 5) es el resultado de las cuatro deficiencias que existen en la organización. Tal como se muestra en la figura I.2, los clientes tienen expectativas y percepciones de la Deficiencia 5 en las cinco dimensiones.

A su vez, cada una de las cuatro deficiencias organizacionales (Deficiencias 1-4) tienen su causa en una serie de factores relacionados con esa deficiencia en particular.

Dado que no está en nuestro ánimo detenernos en el análisis de cada uno de los factores identificados en dicho trabajo, nos limitaremos a reflejar en estas páginas la representación gráfica de su labor en la figura I.2. Finalmente, Zeithmal y sus colegas

proponen contrastar y evaluar la validez de dicho modelo extendido mediante el desarrollo de indicadores que permitan hacer operativa la medición de cada uno de los factores o variables que inciden sobre las cuatro deficiencias o “gaps”.

Figura I.2. Modelo ampliado de la calidad del servicio



Fuente: Zeithmal, V.; Berry, L. y Parasuraman, A. (1988). “Communication and Control Processes in Delivery of Service Quality”. Journal of Marketing, vol. 52, p. 46.

I.3.3. El modelo de calidad de servicio de Grönroos

En el modelo de Grönroos no sólo se define y se explica la calidad del servicio percibida a través de las experiencias de las dimensiones de la calidad, sino que la ilustra conectando las citadas experiencias con las actividades del marketing tradicional (Grönroos, 1988).

La buena calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada satisface las expectativas del cliente, esto es, la calidad esperada. Si las expectativas son poco realistas, la calidad total percibida será baja, aun cuando la calidad experimentada, medida objetivamente, sea buena. Como se muestra en la figura I.3. la calidad esperada es una función de una serie de factores como: la comunicación de marketing (publicidad, relaciones públicas, promoción de ventas...), comunicación “boca-a-oido”, la imagen corporativa local y las necesidades del cliente.

La experiencia de calidad, es influida por la imagen corporativa local y a su vez por otros dos componentes distintos (Grönroos, 1993):

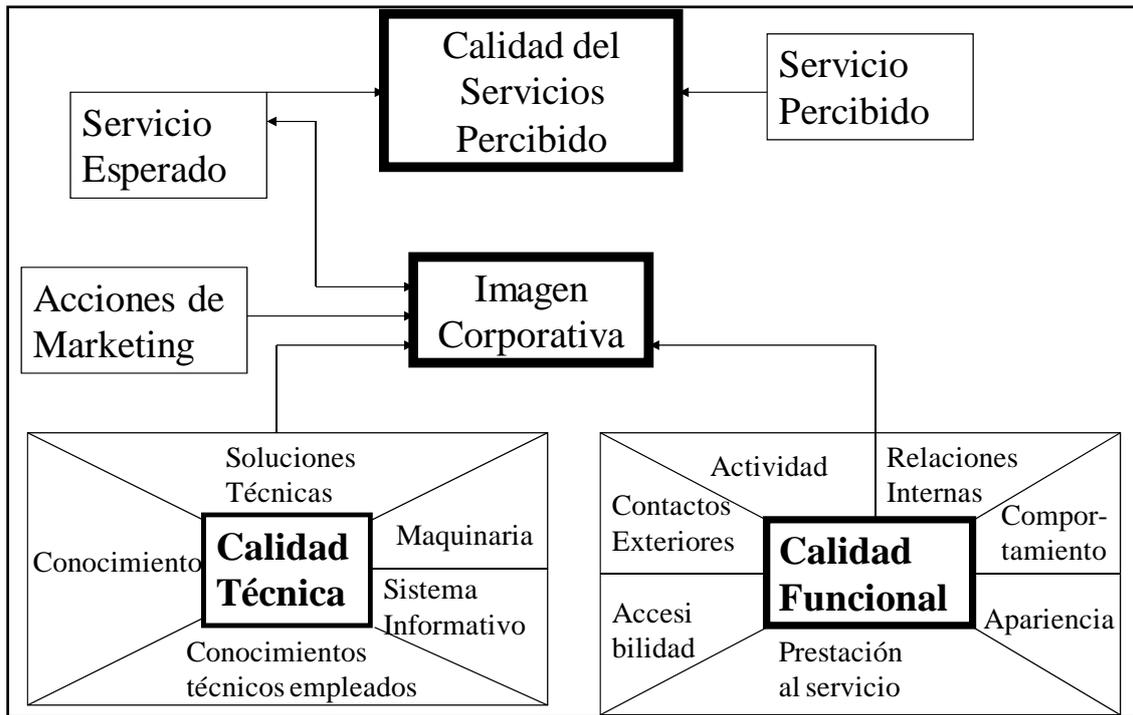
1. *La calidad técnica*: que el servicio sea correcto técnicamente y que conduzca a un resultado aceptable. Hace referencia a todo lo que concierne al soporte físico, los medios materiales, la organización interna, sería la dimensión de lo “que” el consumidor recibe.

2. *La calidad funcional*: forma en que el consumidor es tratado en el desarrollo del proceso de producción del servicio, sería la dimensión del “cómo” el consumidor lo recibe.

La imagen corporativa de la empresa, es la forma en que los consumidores perciben la empresa. La imagen corporativa se crea, principalmente, mediante la percepción de la percepción de la calidad técnica y funcional de los servicios que presta, y en última instancia afectará a la percepción global del servicio.

El autor concluye que el nivel de calidad total percibida no está sólo determinado por el nivel de las dimensiones de la calidad técnica y funcional sino, más bien, por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada (Grönroos, 1984).

Figura I.3. Modelo conceptual de la calidad percibida total de Grönroos



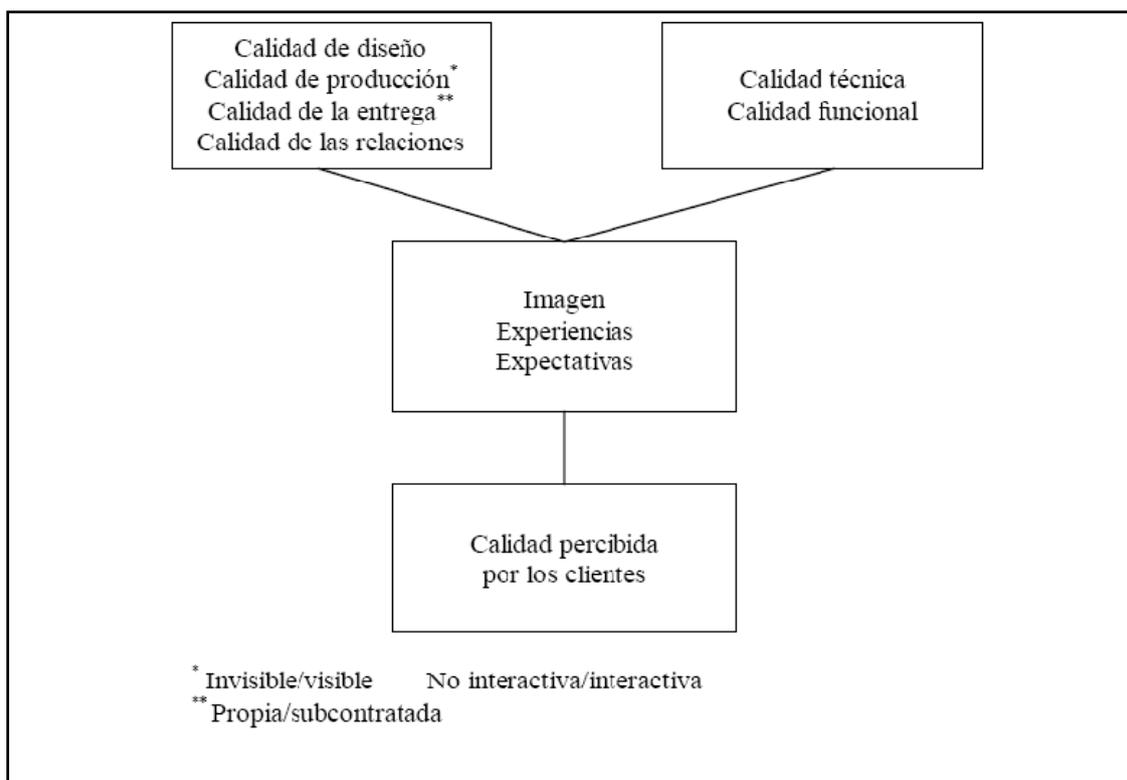
Fuente: Grönroos, C. (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality. Review of Business. New York. St. John's University Press: p 12.

I.3.4. Modelo de la calidad de Grönroos - Gummerson

Grönroos junto con otro miembro de la escuela nórdica elaboraron un modelo de calidad a partir de dos enfoques diferentes sobre el proceso de creación de la calidad: el modelo 4Q de Gummerson⁷ y el ya conocido modelo de Grönroos sobre la calidad percibida del servicio. Dicho modelo aparece reflejado en la figura I.4.

⁷ En este modelo Gummerson (1987) defiende que todo el mundo contribuye a la calidad y que existe una serie de fuentes diferentes que generan calidad en una empresa.

Figura I.4. Modelo de la calidad de Grönroos - Gummerson



Fuente: Grönroos C. (1994) Marketing y Gestión de Servicios Ed. Díaz de Santos Madrid. P.66.

Procederemos a comentar los aspectos más relevantes que se extraen del estudio del modelo elaborado por estos autores sobre las fuentes de calidad.

En la parte izquierda de la figura I.4 se presentan las cuatro fuentes de la calidad: diseño, producción, entrega y relaciones. Según Gummerson la forma de gestionar estas fuentes afecta a la calidad percibida por el cliente.

Siguiendo a este autor y empezando por la primera fuente, la del diseño, ésta no sólo influye en la calidad técnica sino también sobre la calidad funcional, como por ejemplo cuando el cliente potencial puede verse implicado en el diseño del proceso.

De la misma manera sucede con la producción de los servicios. Estos autores apuntan que la calidad técnica del resultado es el producto directo de todo proceso productivo. Sin embargo, una parte significativa de este proceso es visible, y por tanto el cliente no sólo la puede ver, sino que también participa activamente. Surgen las interacciones entre

el cliente, el vendedor y otros elementos de la empresa. La forma en que el cliente percibe estas interacciones influirán en la calidad funcional.

En lo que respecta a los servicios, Grönroos y Gummerson nos recuerdan que en muchos casos es difícil distinguir la entrega de la producción. Es más o menos una parte del todo el proceso productivo. Por consiguiente, en los servicios, todo lo que se ha dicho anteriormente sobre la calidad de producción es igualmente válido para la calidad de entrega.

Finalmente, estos autores tratan la calidad de las relaciones. Es indudable que las relaciones entre los empleados del vendedor y el comprador son una fuente de calidad en las empresas. La influencia cualitativa de las relaciones es fundamentalmente funcional y está relacionada con el proceso. Cuanto mejores sean las relaciones entre clientes y empleados, mejores serán también los niveles de calidad entregados.

En el modelo de Grönroos y Gummerson, al igual que en el modelo de Grönroos, también se tiene en cuenta la imagen de la empresa y las expectativas del cliente, definiendo la calidad percibida por el cliente como *“el resultado de la evaluación de lo que se espera y lo que se experimenta, teniendo en cuenta la influencia de la imagen de la organización”*.

I.3.5. El modelo de Gestión del Producto-Servicio: la Oferta de Servicios Incrementada de Grönroos

A través de este modelo Grönroos pretende analizar el servicio como producto, es decir, como un objeto que puede ser desarrollado, producido y entregado, comercializado y consumido. Dicho análisis está estrechamente ligado a las características de los servicios y al concepto de calidad de servicio percibida. En este modelo igual que en los anteriores, contempla la calidad conformada por dos dimensiones: la calidad técnica y la calidad funcional, así como la actuación como filtro, de la imagen tanto local como global de la empresa.

Con este modelo los autores tratan de mostrar con detalle el tema de cómo desarrollar la oferta de servicios para cubrir todos los aspectos de ésta, incorporando la cuestiones de producción y entrega en la planificación de la oferta de los servicios.

De una manera resumida, desglosamos el modelo en los siguientes pasos:

- a) Desarrollo del concepto de servicio
- b) Desarrollo de un paquete básico de servicios
- c) Desarrollo de la oferta de servicios incrementada
- d) Gestión de la imagen y de la comunicación

a) Desarrollo del concepto de servicio

Este concepto o conceptos del servicio determinan las intenciones de la organización, que a su vez conducirán al diseño y al posterior desarrollo de la oferta.

b) Desarrollo de un paquete básico de servicios

El paquete básico de servicios describe el conjunto de servicios que se necesitan para satisfacer las necesidades de los consumidores o de los mercados a los que se destina. Por tanto, este paquete determina *qué* reciben los clientes por parte de la empresa.

Dentro de este conjunto de servicios es necesario distinguir un servicio esencial y otros complementarios:

- servicio esencial
- servicios facilitadores
- servicios de apoyo

El servicio esencial es la razón de ser de la empresa; los servicios facilitadores son los que facilitan el uso del servicio esencial; y los servicios de apoyo son también servicios auxiliares utilizados para aumentar el valor y diferenciar el servicio con los de los competidores.

No obstante, la diferencia entre servicios de apoyo y servicios diferenciadores no siempre está clara. En ocasiones el límite entre ambos goza de un carácter bastante difuso, aunque desde el punto de vista de la gestión se debería tener claro ya que los primeros si no se incluyen pueden hacer fracasar el paquete de servicios; y los segundos se diseñan como un arma competitiva para diferenciar la oferta.

La distinción entre servicios esenciales y complementarios no nos debe llevar a engaño sobre la importancia de cada uno, ya que el valor otorgado por parte de los clientes puede no coincidir con el de la empresa.

Sin embargo, el paquete básico de los servicios no es equivalente al servicio percibido por los clientes. Este paquete se corresponde principalmente con la dimensión de la calidad técnica: el *qué* reciben los clientes. No dice nada de la calidad funcional: del *cómo*.

c) Desarrollo de la oferta de servicios incrementada

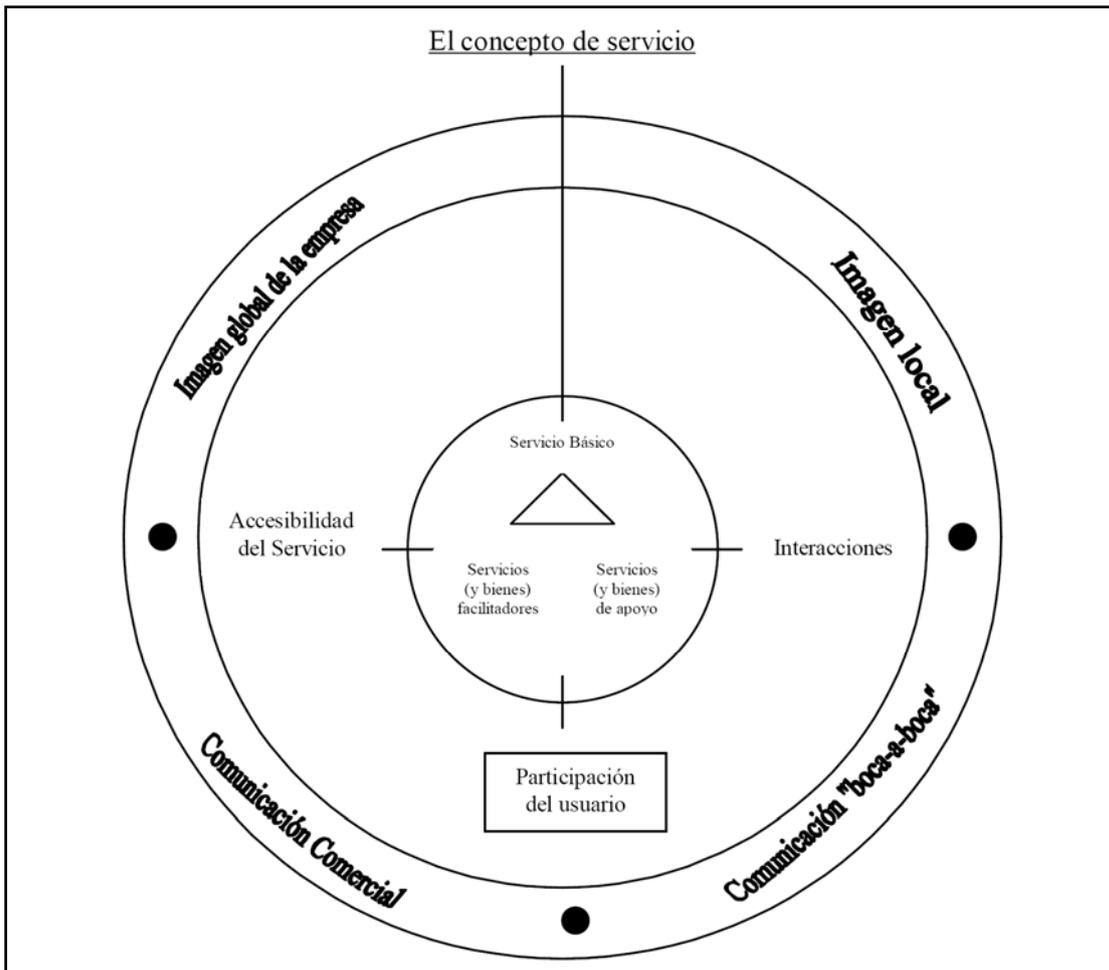
Está claro que debido a la naturaleza del servicio las interacciones entre vendedor y comprador que tienen lugar en la prestación de los mismos difieren de una situación a otra. Por tanto la calidad funcional es percibida de una forma bastante subjetiva, lo cual complica sobremanera su medición y valoración.

A pesar de todo los autores destacan que en la mayoría de los servicios se destacan tres elementos básicos en el proceso de la prestación del servicio:

- La accesibilidad del servicio
- La interacción con la organización de servicios
- La participación del usuario

La accesibilidad hace referencia a la localización y diseño del establecimiento, al número de empleados y su preparación, al conocimiento del número de clientes y del uso que hacen de las instalaciones, del horario del negocio, etc.

Figura I.5. La oferta de servicios incrementada



Fuente: Grönroos C. (1994). *Marketing y Gestión de Servicios: la Gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Ed Diaz de Santos. Madrid. p. 81

Las interacciones las podemos establecer entre empleados y clientes; interacciones entre sistemas y equipos; interacciones de los clientes con las instalaciones; y por último, interacciones entre los propios clientes comprometidos en el proceso.

La participación del usuario incide en el hecho de que el cliente influye en el servicio que percibe, ya que participa en él.

Estos elementos se combinan con el paquete básico formando la *oferta de servicios incrementada*, con el objetivo de responder a las necesidades y deseos identificados en nuestros clientes.

d) Gestión de la imagen y de la comunicación

Tal como se muestra en la figura I.5, la imagen actúa como filtro en la calidad de servicio percibida. Una imagen favorable aumenta la calidad percibida; una imagen desfavorable, la deteriora. Debido a la naturaleza intangible de los servicios, las actividades de comunicación de marketing no influyen únicamente en las expectativas, sino también tienen un efecto directo sobre las percepciones.

Por tanto, para una buena gestión del paquete de servicios incrementado tenemos que realizar una buena estrategia de comunicación, tanto en los medios tradicionales comerciales como en la más personal comunicación “boca a oído”, sin olvidar la propia imagen del punto de prestación de servicio.

I.3.6. El modelo “Servucción” de calidad de Eiglier y Langeard

Eiglier y Langeard (1989), en su modelo de gestión de servicios presentado con el nombre de “sistema de servucción”, intentan aplicar al proceso de creación de servicios el mismo rigor que el que caracteriza las actividades de fabricación de productos, en cuanto a la concepción y la puesta en funcionamiento, para llegar a un servicio de calidad, O sea, que si una de las condiciones de la fabricación de productos, es tener todo el proceso planificado, controlado y cuantificado, en el contexto de los servicios, se debería aspirar a ello.

Aunque los autores reconocen que hay una diferencia significativa entre los productos y los servicios, sobre todo, en el hecho de que los clientes del servicio forman parte integrante del sistema de servucción. circunstancia que hace que el cliente sea un entrada más del sistema.

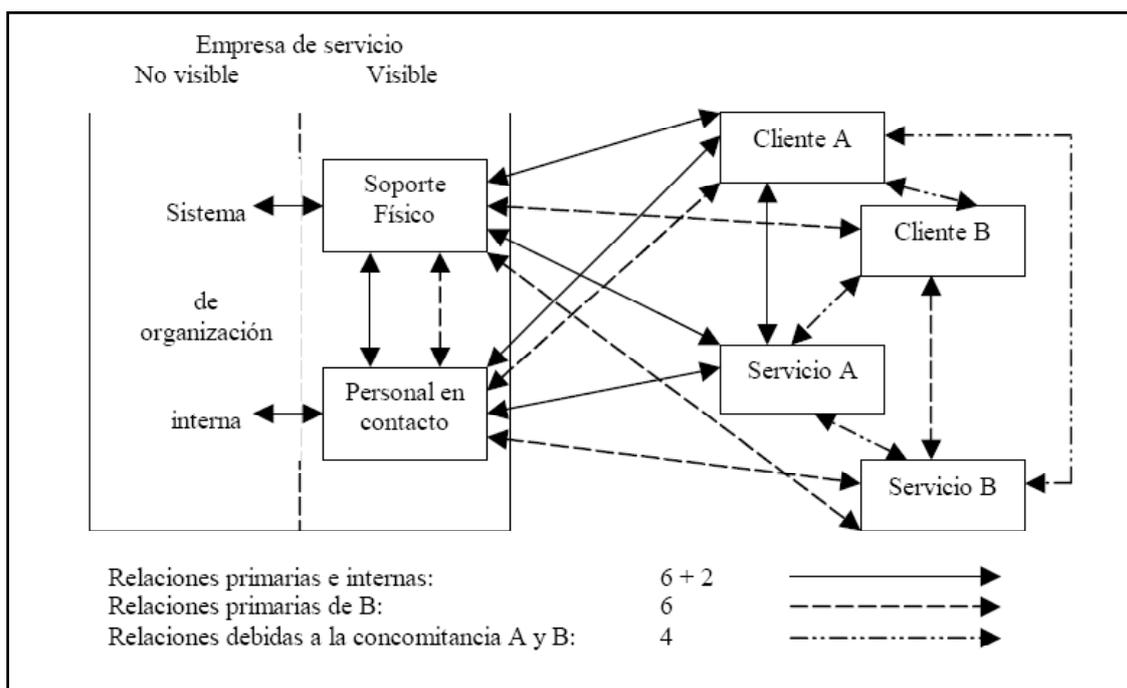
Eiglier y Langeard (1989: 12), dan la siguiente definición de servucción de la empresa de servicios: *“es la organización sistemática y coherente de todos los elementos físicos y humanos de la relación cliente-empresa necesaria para la realización de una prestación de servicio cuyas características comerciales y niveles de calidad han sido determinados”*.

Los mismos autores señalan que la figura anterior, si bien muestra una idea general de su modelo, presenta una vision limitada de todo el sistema de *servuccion*. Es por ello que Eiglier y Langeard, incorporan dos elementos más para tener una visión más

exhaustiva: el sistema de organización interna así como los demás clientes a los que se le presta el servicio⁸.

La figura I.6, nos da esta visión ampliada del sistema de *servucción*. En esta figura se aprecia como el soporte físico y el personal son sólo la parte visible de la empresa de servicio. A su vez, estos dos elementos están condicionados por el propio sistema organizativo interno de la empresa, es decir, abarca tanto las funciones clásicas de la empresa (finanzas, marketing, personal, etc.) así como otro tipo de funciones más específicas (suministros, mantenimiento, limpieza, sistemas de compra, almacenamiento, etc.). También, hemos de señalar que cuando se presta un servicio es muy frecuente que estén presentes otros clientes, además del interesado, e incluso estos interactúan entre sí.

Figura I.6. La servucción de la empresa de servicio



Fuente: EIGLIER, P.; E LANGEARD (1989). *Servucción. El Marketing de Servicios* Ed. MC-Graw Hill, Madrid. P. 14.

⁸ Para simplificar la ilustración del modelo, los autores consideran únicamente a dos clientes, A y B, que se encuentran a la vez en la empresa de servicio (EIGLIER Y LANGEARD, 1989. 15).

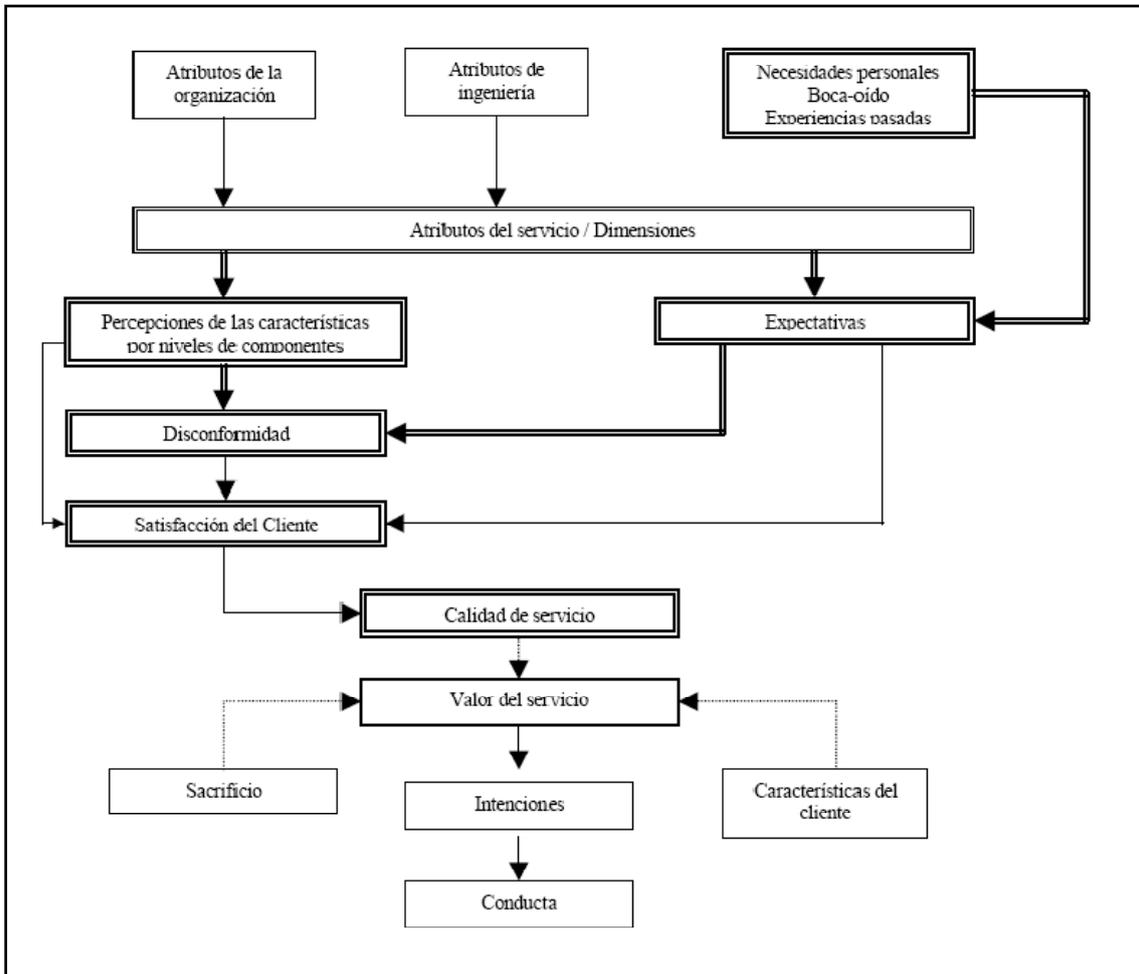
Además de estos condicionantes que hemos nombrado, en el sistema de servucción, también se tiene que prestar atención a las relaciones que tienen lugar entre los diferentes elementos del sistema. Como se observa en la figura I.6. existe diversos tipos de relaciones que los autores denominaron relaciones primarias, internas y de concomitancia.

Las relaciones primarias, son las relaciones base del sistema, muestran la interacción de los elementos de la empresa de servicio con el mercado. Las relaciones internas, muestran la interacción de los elementos de la empresa de servicio (unen la parte visible de la empresa por los clientes, con la no visible). Y finalmente, las relaciones de concomitancia que son las que aparecen por la presencia en el mismo momento de varios clientes en la empresa de servicio.

I.3.7. El modelo de calidad de servicio de Bolton y Drew

Bolton y Drew (1991a), presentan un modelo de calidad de servicio percibida como una función de la no confirmación de las expectativas, mediante las percepciones de niveles de resultado de los componentes, dando como resultado la satisfacción insatisfacción del consumidor (figura I.7). Para los autores un determinante clave de la calidad de servicio global es el desajuste entre resultado y expectativas (Bolton y Drew, 1991b). La calidad del servicio es una actitud frente a la empresa y todos sus servicios, mientras que la satisfacción se expresa con respecto al servicio ofrecido localmente, y es de la calidad de servicio percibida, de la que se derivan las intenciones de comportamiento.

Figura I.7. Modelo de la calidad y valor del servicio de Bolton y Drew

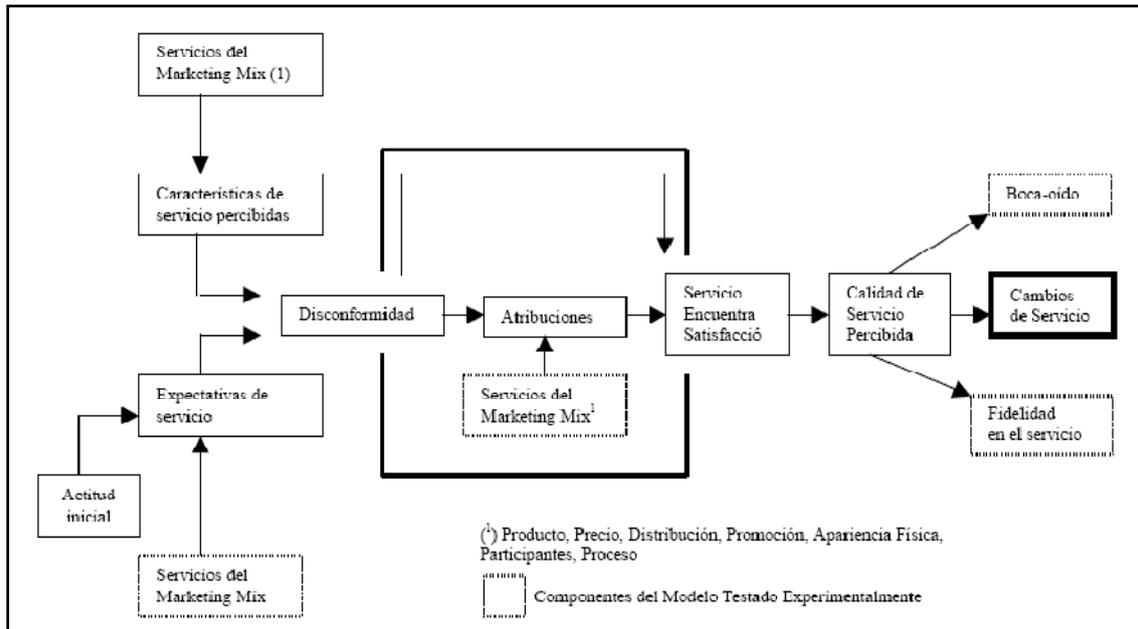


Fuente: BOLTON, R.N.; DREW, J.H. (1991). "A multistage Model of Customer's Assesments of Services Quality aud Value". Journal of Customer Research, 17, marzo, p. 376.

I.3.8. El modelo de calidad de servicio de Bitner

El modelo de Bitner (1990) define la calidad de servicio percibida como una consecuencia de la experiencia satisfacción/insatisfacción (figura I.8). La autora señala que el paradigma no confirmatorio se da entre el resultado de la prestación del servicio y las expectativas iniciales del mismo servicio, afectando a la experiencia de satisfacción insatisfacción, y posteriormente a la calidad de servicio percibida, derivándose de esta última la comunicación boca-oido, el cambiar de servicio y la fidelidad.

Figura I.8. Modelo de evaluación de la prestación del servicio de Bitner



Fuente: BITNER, M. J. (1990). “Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and employee Responses”. *Journal of Marketing*, vol.54 (abril), pp. 79.

I.4. LA CALIDAD HOSPITALARIA

En el presente trabajo nos centraremos en la calidad de los servicios hospitalarios. Consideramos que el modelo que mejor se adapta para dicho análisis es aquel que diferencia entre servicios esenciales, servicios de apoyo y servicios facilitadores, ya que, nos centraremos tanto en el análisis del servicio prestado por el personal médico, como en el prestado por el personal de enfermería. El primer servicio sería el servicio esencial y el segundo el de apoyo o facilitador.

En esta dirección para Sonora Laboratory Sciences, la interacción entre organización y sus clientes se dividió en las siguientes partes (Flocken *et al.*, 1988):

- Interacciones con el personal médico (actitud, atención al cliente, destrezas en la extracción de sangre).

- Interacciones con el departamento de servicios al cliente (actitud, rapidez en responder a las llamadas telefónicas, respuestas rápidas y exactas a las preguntas).
- Interacciones con el ambiente de la sala de espera (espacio, limpieza, aglomeraciones).
- Interacciones con otros clientes (comunicación entre pacientes).
- Interacciones con el sistema de pago o facturación (formas de pago que se pueden escoger, prontitud, facilidad de comprensión de facturas y recibos).
- Interacciones con los sistemas para fijar horas de visita (tiempo de espera del servicio).
- Interacciones entre los médicos (remisión de pacientes al laboratorio) y el departamento de servicios al cliente (actitudes, rapidez en responder a las llamadas telefónicas, respuestas rápidas y exactas a las preguntas, resultados de las visitas, seguimiento).
- Interacciones entre médicos y mensajeros (actitud,rapidez,amabilidad).

La participación del cliente es un concepto utilizado, por ejemplo, por Lehtinen (1983 y 1986). Significa que el cliente influye en el servicio que percibe.

A menudo, se espera que el cliente rellene documentos, suministre información, emplee maquinas expendedoras, etc. Dependiendo de la preparación y voluntad del cliente para hacer esto, éste hará mejorar el servicio o viciversa. Por ejemplo, si un paciente no es capaz de informar correctamente sobre sus problemas, el médico no podrá hacer un diagnostico correcto. Por tanto, el tratamiento puede ser erróneo o menos eficaz de lo que seria en caso de que se realizase de otra forma. Se perjudica el servicio prestado por el médico.

Para Sonora Laboratory Sciences, se podrian identificar los siguientes aspectos de la participación del cliente:

- ¿Tienen los pacientes el conocimiento suficiente y necesario para identificar su necesidad o problema?
- ¿Comprenden bien los clientes las limitaciones temporales implicadas?

-¿Desea el paciente colaborar en el proceso?

-¿Pueden los médicos obtener información adicional con rapidez?

Por consiguiente, en las interacciones comprador-vendedor relacionadas con el servicio esencial, los servicios facilitadores y los servicios de apoyo del paquete básico de servicios son percibidos de diversas formas, dependiendo del grado de accesibilidad de los servicios, la facilidad y el aliciente con que se perciban las interacciones y el nivel al que los clientes comprenden su papel y tareas en el proceso productivo del servicio.

Finalmente, el concepto de servicio, que sirve de guía para el desarrollo de los componentes que integran la oferta de servicio incrementada, debería especificar qué servicios básicos, qué servicios facilitadores y cuáles de apoyo se utilizarán; cómo se podría hacer accesible el paquete básico, cómo hay que desarrollar las interacciones y cómo se debería preparar a los clientes para que participen en el proceso.

El concepto de servicio también debería ser utilizado como directriz general cuando, en la siguiente fase del proceso de planificación, se identifiquen los recursos que se consideran adecuados para la producción. En un primer paso hay, por supuesto, un conjunto de recursos físicos y humanos, así como sistemas operativos ya creados. Determinan, naturalmente hasta cierto punto, qué recursos se van a utilizar. Sin embargo, el desarrollo de una oferta de servicios incrementada necesita un nuevo análisis de los tipos de recursos y la cantidad que se necesita. De otro modo, los recursos existentes pueden limitar innecesariamente la implantación de una nueva oferta de servicios. Los recursos existentes no deben ser obstáculo para una eficaz aplicación de nuevas ideas.

En resumen, el desarrollo de la oferta de servicios es un proceso altamente integrado. No se puede añadir un nuevo servicio de apoyo sin tener en cuenta de forma explícita los aspectos de accesibilidad, interacción y participación del cliente en ese servicio. Por otra parte, una adecuada introducción de un servicio de apoyo adicional, o un servicio facilitador mejorado, pueden transformarse en una fuente poderosa de ventaja competitiva.

CAPÍTULO II

**RELACIÓN CALIDAD – SATISFACCIÓN EN UN
SERVICIO HOSPITALARIO**

II.1. CONCEPTO DE SATISFACCIÓN

El concepto de satisfacción, se ha ido matizando a lo largo del tiempo, según han ido avanzando sus investigaciones, enfatizado distintos aspectos y variando su concepción. En los años setenta el interés por el estudio de la satisfacción se incrementó hasta el punto de publicarse más de 500 estudios en este área de investigación (Hunt, 1982), incluso un estudio de Peterson y Wilson (1992) estiman en más de 15000 las investigaciones sobre satisfacción o insatisfacción del consumidor.

Pero en las últimas décadas el objeto de la investigación del constructo de satisfacción ha variado. Así, mientras en la década de los setenta el interés se centraba fundamentalmente en determinar las variables que intervienen en el proceso de su formación, en la década de los ochenta se analizan además las consecuencias de su procesamiento (Moliner, Berenguer y Gil, 2001).

Los primeros estudios sobre satisfacción del consumidor se basan en la evaluación cognitiva valorando aspectos tales como atributos de los productos, la confirmación de las expectativas y los juicios de inquietud entre la satisfacción y las emociones generadas por el producto, solapando los procesos que subyacen del consumo y la satisfacción (Oliver, 1989, 1992; Westbrook, 1987; Westbrook y Oliver, 1991).

Por ello hemos considerado importante realizar una revisión de su conceptualización, observando una elevada variabilidad (Giese y Cote, 1999). Algunas de las definiciones más relevantes de este constructo, quedan reflejadas en la tabla II.1. Las cuales hemos ordenado cronológicamente para poder apreciar la evolución que ha experimentado su definición a lo largo del tiempo

Tabla II.1. Revisión del constructo de satisfacción en los usuarios y/o consumidores

FUENTE	DEFINICIÓN	CONCEPTO	OBJETO	ETAPA
Howard y Sheth (1969:145)	Estado cognitivo derivado de la adecuación o inadecuación de la recompensa recibida respecto a la inversión realizada	Estado cognitivo	Adecuación o inadecuación de la recompensa a la inversión	Después del consumo

FUENTE	DEFINICIÓN	CONCEPTO	OBJETO	ETAPA
Hunt (1977:459)	Evaluación que analiza si una experiencia de consumo es al menos tan buena como se esperaba	Evaluación de una experiencia	Analizar si la experiencia alcanza o supera las expectativas	Durante el consumo
Oliver (1981:27)	Estado psicológico final resultante cuando la sensación que rodea la disconfirmación de las expectativas se une con los sentimientos previos acerca de la experiencia de consumo	Evaluación. Estado psicológico final y respuesta emocional	Sorpresa Disconfirmación de expectativas unida a sentimientos anteriores a la compra	Durante la compra y/o consumo
Churchill y Surprenant (1982:491)	Respuesta a la compra y el uso que se deriva de la comparación, por el consumidor, de las recompensas y costes de compra con relación a sus consecuencias esperadas	Resultado Actitud	Comparación de los costes y las recompensas con las consecuencias esperadas de la compra	Después de la compra y del consumo
Swan, Trawick y Carroll (1982:17)	Juicio evaluativo o cognitivo que analiza si el producto presenta un resultado bueno o pobre o si el producto es sustituible o insustituible. Respuestas afectivas hacia el producto	Juicio evaluativo o cognitivo Respuesta afectiva	Resultados del producto	Durante o después del consumo
Westbrook y Reilly (1983:258)	Respuesta emocional causada por un proceso evaluativo-cognitivo donde las percepciones sobre un objeto, acción o condición, se comparan con necesidades y deseos del	Respuesta emocional	Percepciones sobre un objeto, acción o condición comparadas con necesidades y deseos del individuo	Después de la compra

FUENTE	DEFINICIÓN	CONCEPTO	OBJETO	ETAPA
	individuo ARRIBA			
Cadotte, Woodruff y Jenkins (1987:305)	Sensación desarrollada a partir de la evaluación de una experiencia de uso	Sensación causada por la evaluación	Experiencia de uso	Después del consumo
Tse y Wilton (1988:204)	Respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia percibida entre expectativas y el resultado final percibido en el producto tras su consumo	Respuesta causada por la evaluación	Discrepancia percibida entre expectativas (otras normas de resultado) y el resultado real del producto	Después del consumo
Westbrook y Oliver (1991:84)	Juicio evaluativo posterior a la elección relativo a una selección de compra específica	Juicio evaluativo	Selección de compra específica	Posterior a la Selección
Halstead, Hartman y Schmidt (1994:122)	Respuesta afectiva asociada a una transacción específica resultante de la comparación del resultado del producto con algún estándar fijado con anterioridad a la compra	Respuesta afectiva	Resultado del producto comparado con un estándar anterior a la compra	Durante o después del consumo
Oliver (1996:13)	Juicio del resultado que un producto o servicio ofrece para un nivel suficiente de realización en el consumo	Respuesta evaluativa del nivel de realización	Producto o Servicio	Durante el consumo

La mayoría de los autores revisados consideran que la satisfacción implica:

- La existencia de un objetivo que el consumidor desea alcanzar.
- La consecución de este objetivo, sólo puede ser juzgada tomando como referencia un estándar de comparación.

- El proceso de evaluación de la satisfacción implica como mínimo la intervención de dos estímulos: un resultado y una referencia o estándar de comparación.

Habitualmente, desde un punto de vista economicista se centra en la medida de la satisfacción, como resultado o estado final, y en las diferencias existentes entre tipos de consumidores y productos, ignorando los procesos psicosociales que llevan al juicio de satisfacción. En cambio, desde un enfoque más psicológico se centra más en el proceso de evaluación (Johnson y Fornell, 1991, p. 268). No obstante, los dos aspectos son importantes.

En cuanto a la satisfacción como resultado o estado final, existen principalmente dos perspectivas (Oliver, 1989; Oliver, 1993b; Oliver, Rust y Varki, 1997; Rust y Oliver, 1994):

En primer lugar, el concepto está relacionado con un sentimiento de estar saciado, asociado a una baja activación, a una sensación de contento, donde se asume que el producto o servicio posee un rendimiento continuo y satisfactorio.

En segundo lugar, interpretaciones más recientes de la satisfacción incluyen un rango de respuesta más amplio que la mera sensación de contento. En muchos casos, la satisfacción supone una alta activación, por lo que se podría hablar de una satisfacción como sorpresa. Esta sorpresa puede ser positiva o negativa.

Como se puede observar, por un lado, la satisfacción está asociada a la sensación de contento que se corresponde con una visión utilitarista del comportamiento de consumo, ya que la reacción del sujeto es consecuencia de un procesamiento de información y de la valoración del cumplimiento de las funciones que tiene asignadas un determinado bien de consumo o servicio. Por otro lado, la satisfacción como sorpresa supone la existencia de un ser humano que busca un placer, hedonista, difícil de anticipar y valorar a priori.

Con respecto a la satisfacción como proceso, está también condicionada su definición por esa doble visión del ser humano (utilitarismo/hedonismo). En 1980 se publicaron dos trabajos de investigación que respondían a esas dos visiones (Oliver, 1980; Westbrook, 1980a). Antes de ese año se habían realizado estudios experimentales donde se asumía que la satisfacción era el resultado de un procesamiento cognitivo de la

información (Anderson, 1973; Cardozo, 1965). Concretamente, se partía del supuesto de que la satisfacción era el resultado de una comparación, realizada por el sujeto, entre sus expectativas y el rendimiento percibido. Oliver (1980) recogió esta tradición, popularizando una manera cognitiva de entender la satisfacción que durante la década de los ochenta fue utilizada y ampliada por muchos autores. Se asumía que el procesamiento cognitivo de la información era el determinante más importante de la satisfacción. Asimismo, e implícitamente, se concebía que los sistemas cognitivo y afectivo podían funcionar de manera independiente. Dicho de otro modo: el procesamiento cognitivo de la información podía dar cuenta de la satisfacción sin la actuación de otros tipos de procesos afectivos. Probablemente, este panorama reflejaba el dominio del acercamiento cognitivo en la investigación psicológica que había cristalizado como nuevo paradigma a finales de la década de los cincuenta (De Vega, 1984). De hecho, se suele afirmar que los autores estaban más familiarizados con las medidas de tipo cognitivo que con las afectivas (Hunt, 1991).

Por el contrario, Westbrook (1980a), basándose en los postulados de Hunt (1977), propuso que la satisfacción no se debía entender sólo a partir del procesamiento de la información, considerando fundamental el componente afectivo en el proceso de consumo o uso. A pesar de que el mismo autor insistió posteriormente en su postura (Westbrook, 1987), la consideración del afecto en el estudio de la satisfacción no se generalizó hasta la década de los noventa (Mano y Oliver, 1993; Oh y Parks, 1997; Oliver, 1993a).

Así pues, desde una perspectiva cognitivista, se considera la satisfacción como una evaluación emocional post-compra o post-uso que es consecuencia de un procesamiento de la información relevante. Éste puede consistir en una comparación entre las expectativas de los sujetos y el rendimiento que perciben (Oliver, 1980), en la comparación social de costes-beneficios (Oliver y Swan, 1989a; 1989b), así como en los procesos de atribución que realizan los sujetos (Folkes, Koletsky y Graham, 1987). Junto a estos factores eminentemente cognitivos, los autores que defienden la inclusión del afecto insisten en su papel primordial para una adecuada comprensión de la satisfacción. Se considera que durante la experiencia de compra aparecen una serie de fenómenos mentales relacionados con sentimientos subjetivos, que van acompañados de emociones y estados de ánimo. Desde esta perspectiva, se defiende la distinción entre

satisfacción y afecto, siendo este último un antecedente de la primera (Mano y Oliver, 1993; Westbrook y Oliver, 1991). En estos estudios, siguiendo a Hunt (1977), se considera la satisfacción como una evaluación de las emociones experimentadas.

La propuesta integradora ha ido ganando aceptación entre los investigadores a la hora de considerar el proceso que lleva a la satisfacción (Oliver, 1994; Taylor, 1996). Se asume que ésta tiene esa doble vertiente y tanto los conjuntos de constructos cognitivos como los afectivos contribuyen a su formación. Hay dos mecanismos que actúan conjuntamente. Uno supone la medida de los resultados funcionales o comparativos (qué me da el servicio o el bien de consumo), mientras que el otro hace referencia a cómo el bien de consumo o el servicio influyen en el afecto (cómo el producto, bien de consumo, provoca emociones).

Las cuestiones tratadas, tanto en relación con la satisfacción como resultado como con la satisfacción como proceso, se pueden integrar dentro de las corrientes utilitarista y hedonista. La primera haría referencia a la satisfacción como contento, a una escasa activación por parte del sujeto y la actuación de procesamientos cognitivos de la información. En definitiva, se valora hasta qué punto el bien de consumo o el servicio cumple con las funciones o los cometidos que tenían asignados. La corriente hedonista, en cambio, se centraría en una satisfacción como sorpresa, con alta activación por parte del sujeto y con gran relevancia de los procesos afectivos. Aunque haya sujetos que buscan emociones a través del consumo, esos resultados emocionales son más inespecíficos y difíciles de resolver.

Por todo ello podemos considerar que la satisfacción es considerada como una evaluación susceptible de ser cambiada en cada transacción, mientras que la calidad de servicio percibida supone una evaluación más estable a lo largo del tiempo. Ahora bien, hay que tener en cuenta que la calidad de servicio como actitud se actualiza en cada transacción específica, rendimiento percibido, influyendo en la satisfacción que se experimenta (Teas, 1993). Los consumidores y usuarios en una transacción específica observan el rendimiento del bien o servicio que compran o usan y observan si se ajusta a la actitud que ya tenían.

Por lo tanto, las organizaciones no sólo han de tener en cuenta la elaboración de una imagen de calidad entre sus potenciales clientes, calidad de servicio percibida, sino

también deben cuidar cada transacción específica, satisfacción, ya que la opinión que un cliente tiene del servicio o bien de consumo puede verse alterada por una experiencia, satisfactoria o insatisfactoria, en un momento dado. Así, su lealtad puede verse modificada si se producen situaciones insatisfactorias en los momentos concretos del acto de consumo.

También son importantes los juicios relativos a la calidad de servicio los cuales se basan en dimensiones muy específicas, que tienen que ver con la evaluación de atributos del servicio. Sin embargo, los juicios de satisfacción en las transacciones concretas pueden venir determinados por dimensiones de calidad, pero también por otras que no están relacionadas con la calidad. Parece que los juicios de calidad de servicio no necesitan de la experiencia de la persona, en cambio, los juicios de satisfacción requieren necesariamente de la experiencia del individuo.

Otros de los aspectos a tener en cuenta a la hora de estudiar ambos constructos, son los objetivos del investigador, es decir, si la investigación está centrada en la calidad de servicio interesa sobre todo el estudio de sus dimensiones y medida. En cambio, cuando la investigación se centra en la satisfacción, los objetivos se encuentran centrados en los procesos evaluativos que llevan a las personas a realizar determinadas conducta de compra o consumo. En este segundo caso, la calidad de servicio es considerada como un factor más que interviene en el proceso, pero no se suele analizar su estructura (Morales Sánchez y Correal, 2003).

Parece que lo que no queda claro, según la literatura especializada, es si la calidad de servicio es un antecedente o un consecuente de la satisfacción. Hay autores que han planteado que es la satisfacción lo que provoca una percepción de calidad de servicio u otra (Bitner, 1990; Bolton y Drew, 1991a; Schommer y Wiederholt, 1994), en cambio otros autores consideran que es la calidad de servicio lo que influye sobre la satisfacción que se experimenta (Bloemer y de Ruyter, 1995; Cronin y Taylor, 1992).

Según Martínez-Tur, Peiró y Ramos (2001) consideran que la calidad de servicio percibida es tanto un antecedente como un consecuente de la satisfacción, al igual que otros investigadores (Oliver, 1994; Parasuraman et al., 1994a; Rust y Oliver, 1994; Teas, 1993). La satisfacción en una transacción concreta que viene determinada, entre

otros factores, por la calidad de servicio percibida. A su vez, la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de la calidad de servicio que perciben los individuos.

Por lo tanto, la satisfacción del usuario o del consumidor, sería a partir del procesamiento cognitivo de la información, aunque también puede ser consecuencia de la experimentación de emociones durante el proceso de consumo; se podría definir como una evaluación post-consumo y/o post-uso, susceptible de cambio en cada transacción, fuente de desarrollo y cambio de las actitudes hacia el objeto de consumo y/o uso, y que es el resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo. Asimismo, la calidad de servicio supone la valoración de que un producto es útil, en referencia a que cumple con lo que tenía encomendado, pero también que proporciona sensaciones placenteras. La calidad de servicio puede definirse como la evaluación actitudinal hacia el servicio, es decir, si dicho servicio cumple con los fines que tiene encomendados, asociándolas a propiedades placenteras para la persona individuo que se puede actualizar en cada transacción, rendimiento percibido, influyendo sobre la satisfacción experimentada por el usuario. Por ello es importante y necesario, realizar una diferenciación entre los conceptos de servicio y de organización de servicios, recordando que el concepto de servicio son los componentes intangibles de un producto o servicio, incluyendo tanto un componente tangible, el bien de consumo, como uno intangible el servicio; entendemos como organizaciones de servicio donde una parte relevante del servicio se presta mientras es usado, también ofrece tanto aspectos tangibles como intangibles (Martínez-Tur, Peiró, Ramos, 2001, p.41- 47).

Hemos podido apreciar los principales acercamientos cognitivos al estudio de la calidad y la satisfacción de los usuarios y consumidores. Todos ellos tienen como nota común la consideración del ser humano como procesador de información. Por lo general, en el proceso de satisfacción intervienen los estándares de confirmación que poseen las personas, marcos de referencia que utilizamos para evaluar los bienes de consumo y los servicios.

La problemáticas que ha surgido al respecto, es principalmente, con los estándares que resultan relevantes. La perspectiva tradicional partía del supuesto de que los estándares asociados al juicio de satisfacción eran los de predicción. Se asumía que los sujetos estarían satisfechos si el rendimiento percibido supera la calidad que esperaban

encontrar. En cambio en contra posición, hay otra corriente que señala que los estándares de comparación son muchos y que pueden ser usados simultáneamente por los usuarios. Incluso hay autores que denuncian que los estándares de predicción son menos relevantes que otros de naturaleza normativa tales como los deseos, es decir, son realmente relevantes si se satisfacen los deseos de los clientes o no. Por lo tanto se pone en entredicho el uso en exclusiva de los estándares de predicción y se considera que el uso de distintos estándares enriquece la explicación de la satisfacción (Martínez-Tur, Peiró, Ramos, 2001)

Dentro del modelo de la confirmación de expectativas podemos apreciar tres puntos de vista que forman su estructura básica.

La satisfacción como resultado de la diferencia entre los estándares de comparación previos de los clientes y la percepción del rendimiento del servicio o bien de consumo. Se incide en el efecto de contraste, apareciendo la insatisfacción cuando el rendimiento es menor del esperado (discrepancia negativa).

Se asume que los individuos asimilan la realidad observada para ajustarla a sus estándares de comparación. La búsqueda de un equilibrio provocaría que los sujetos tiendan a percibir la realidad similar al de sus estándares.

Finalmente, se ha propuesto un modelo actitudinal que incluye una relación directa entre rendimiento percibido y satisfacción. Parece que en determinadas situaciones sobre todo cuando estamos ante nuevos productos o servicios es posible que si el servicio o el bien de consumo es de nuestro agrado nos mostremos satisfechos, independientemente de si se confirman o no las expectativas.

Hay determinados factores que hacen que una variante tenga mayor o menor capacidad predictiva, esto dependerá principalmente de tres factores:

-La experiencia de los clientes, en este caso, pueden aparecer los efectos de contraste y asimilación debido a la experiencia con el bien de consumo o servicio.

-El nivel de implicación, cuando se trata de una alta implicación de los usuarios hacia el bien de consumo o servicio valoran sobre todo el rendimiento, es decir, la actitud al usar un servicio o adquirir un bien de consumo.

-Finalmente, el aspecto tangible debe ser considerado. En este caso, tanto el rendimiento como la discrepancia influyen sobre la satisfacción.

Además de la confirmación de expectativas, hay otros dos acercamientos cognitivos en el estudio de la satisfacción: la teoría de la equidad y de la atribución causal.

Desde la teoría de la equidad se asume que la satisfacción depende de la comparación costes-beneficios que hacen los clientes cuando llevan a cabo una transacción, lo que les lleva a su propio juicio.

En cambio las teorías de la atribución causal inciden en que los clientes realizan atribuciones acerca de las causas de los errores y virtudes de los servicios y bienes de consumo. La realización de estas atribuciones producirá una mayor o menor satisfacción. No es lo mismo que un cliente piense que un error se debe a un fallo suyo que a una equivocación de la empresa.

Tanto la teoría de la equidad como la teoría de la atribución causal añaden aspectos que no se tenían en cuenta en la confirmación de expectativas y que enriquecen la comprensión de la satisfacción.

Frente a la postura cognitiva tradicional que concibe al ser humano como un procesador de información, se ha descrito otra que incluye lo afectivo. En este caso, el ser humano no es visto sólo a partir de sus facultades para procesar información y valorar los atributos funcionales de un bien de consumo y/o servicio, sino también como un ser que busca y experimenta emociones

En el caso de la calidad de servicio se han tratado dos cuestiones principalmente:

Por una parte, se ha señalado la existencia de un continuo que va de las transacciones cerradas, es decir, intercambios sobre cuestiones tangibles a transacciones abiertas, que van más allá, tienen una mayor implicación socioemocional de los empleados-usuarios. Por ello, las vivencias emocionales tienen una gran importancia a la hora de entender la satisfacción de los usuarios.

Por otro lado, es importante la labor de los empleados de contacto, una labor más emocional, más directa, que mejore la calidad de servicio que prestan, han de percibir adecuadamente las emociones de los clientes y de expresar las emociones que éstos

están esperando. En ocasiones, en estas representaciones emocionales pueden tener implicaciones negativas como disonancia cognitiva.

Con respecto al proceso que lleva a la satisfacción, existe una orientación hacia una integración de lo cognitivo y lo afectivo, es decir, primero se daría un procesamiento de la información y luego una respuesta afectiva, esto sería una conducta postcognitiva, por el contrario, la postura precognitiva sería cuando la respuesta afectiva precede a la cognitiva. Esto ocurriría cuando el usuario no tiene experiencia con el servicio y/o bien de consumo y, por lo tanto, carece de información sobre el mismo, así como en aquellas situaciones en las que los atributos sólo pueden evaluarse durante el acto de consumo y no previamente.

Por lo tanto podemos apreciar que la respuesta afectiva no sólo se integra en la confirmación de expectativas y en la atribución causal, sino también en la teoría de la equidad. La satisfacción no sólo depende de costes y beneficios tangibles, sino también de cuestiones más intangibles como en el trato que dan los empleados a los usuarios.

II.2. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE AFECTIVO DE LA SATISFACCIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En el ámbito de los servicios, la inclusión de las emociones en la concepción de la satisfacción es particularmente importante debido a que la mayoría de los servicios se basan en la experiencia, participación o vivencia del consumidor (Grönroos, 2000). Debido a que los consumidores interactúan con los factores ambientales del servicio y con el personal de contacto, la comprensión de las respuestas afectivas es básica para el análisis de la satisfacción en los servicios (Szymanski y Henard, 2001; Wirtz et al., 2000). En definitiva, para aceptar el proceso de experiencias subjetivas, se requiere que estén implicados tanto los conceptos cognitivos como emocionales (Vitterso, Vorkinn, Vistad y Vaagland, 2000).

II.2.1. Modelo conceptual cognitivo-afectivo de la satisfacción

La revisión de la literatura efectuada acerca de las teorías cognitivas de las emociones (véase Bagozzi et al., 1999), del enfoque cognitivo de la satisfacción (principalmente, el paradigma de la disconfirmación) y la literatura que aboga por un enfoque afectivo de la satisfacción (Westbrook, 1987; Wirtz y Bateson, 1999), sugieren la importancia de estudiar un modelo cognitivo-afectivo. En este sentido, la integración de variables de índole cognitivo y afectivo como la disconfirmación y emociones, respectivamente, permite establecer una estructura conceptual, constituida por relaciones entre dichas variables, que conforman los antecedentes de la satisfacción. Adicionalmente, estas relaciones se extienden hacia las consecuencias de la satisfacción, mediante la incorporación de las intenciones de comportamiento.

II.2.1.1. Efectos de la disconfirmación

Los efectos de la disconfirmación que se plantean son dos: (1) el efecto sobre las dos dimensiones de las emociones y (2) el efecto de la disconfirmación sobre la satisfacción del consumidor.

- Disconfirmación-Emociones

Los consumidores seleccionan los servicios esperando que éstos les ofrezcan un conjunto de beneficios. La disconfirmación significa que el resultado del servicio es inferior (o superior) a lo que un consumidor esperaba cuando realiza una decisión de compra (Oliver, 1997), con implicaciones negativas (o positivas) para la experiencia del servicio. La relación entre la disconfirmación y las emociones se contrasta en diversos estudios analizados (Menon y Dubé, 2000; Oliver et al., 1997; Wirtz y Bateson, 1999), corroborando la relación positiva entre la magnitud de la disconfirmación y la intensidad de la emoción para explicar la satisfacción (Woodruff, Cadotte y Jenkins, 1983). Por tanto, parece coherente que una disminución del resultado del servicio puede causar desagrado, y un resultado que exceda las expectativas puede causar agrado (Wirtz y Bateson, 1999).

Mandler (1992) sugiere que la activación se produce por las interrupciones o eventos inesperados que alertan al organismo para afrontar las contingencias experimentales. En

particular, aplicado a la satisfacción, se propone que la activación se origina por la disconfirmación percibida (Wirtz y Bateson, 1999).

- Disconfirmación-Satisfacción

La investigación de la satisfacción del consumidor desde un enfoque cognitivo ha estado dominada por las estructuras basadas en la disconfirmación. Estos modelos sugieren que los consumidores evalúan las experiencias de consumo e indican que su satisfacción es fruto de la comparación entre el resultado percibido con algún estándar anterior al consumo. Se confirma empíricamente una relación causal directa entre disconfirmación y satisfacción (Bowen, 2001; Cadotte, Woodruff y Jenkins, 1987; Szymanski y Henard, 2001).

II.2.1.2. Efectos de las emociones

Ante la diversidad de variables afectivas (Cohen y Areni, 1991), el presente estudio se centra en las emociones. La naturaleza más intensa de las mismas frente al estado de ánimo, así como su relación con los estímulos que las provocan (Batson, Shaw y Oleson, 1992), justifica nuestra elección para explicar las experiencias y satisfacción del consumidor ante los servicios hospitalarios. Adicionalmente, respecto a los efectos de las emociones y, en particular, teniendo en cuenta su carácter bidimensional (agrado y activación) sobre la base de investigaciones previas (Wirtz y Bateson, 1999), se plantean los efectos directos de las dimensiones agrado y activación sobre la satisfacción del consumidor.

Mientras los modelos iniciales de la satisfacción se centraban principalmente en los procesos cognitivos para comprender y explicar la satisfacción del consumidor (Oliver, 1980), los modelos más recientes destacan que el afecto juega un papel principal en las valoraciones de la satisfacción (Erevelles, 1998; Westbrook y Oliver, 1991). En particular, las emociones provocadas por el producto y consumo influyen directamente en la satisfacción (Mano y Oliver, 1993). Por ello, junto al componente cognitivo, la satisfacción contiene una respuesta afectiva (emociones) en ausencia de la cual, las intenciones de comportamiento ante una situación de consumo, no pueden ser completamente explicadas (Liljander y Strandvik, 1997).

En la literatura, diversos estudios empíricos destacan la relación entre el agrado experimentado durante la experiencia del consumo (o afecto positivo) y la satisfacción

después del consumo (Westbrook, 1987; Westbrook y Oliver, 1991; Oliver, 1993; Mano y Oliver, 1993; Wirtz y Bateson, 1999).

II.2.1.3. Efectos de la satisfacción

De la revisión de la literatura, se destacan tres consecuencias principales de la in/satisfacción: comportamiento de queja, comunicación boca oído negativa/positiva e intenciones de cambio/recompra (Athanassopoulos, Gounaris y Stathakopoulos, 2001; Szymanski y Henard, 2001). Los resultados del modelo de Mooradian y Oliver (1997), basado en la influencia de la personalidad en las emociones y procesos posteriores a la compra, confirman los estudios previos que relacionan el afecto y las valoraciones cognitivas de la confirmación/disconfirmación con la satisfacción, y ésta con las intenciones de comportamiento. No obstante, otros estudios apuntan que la relación intenciones de recompra y satisfacción no es lineal (Mittal y Kamakura, 2001), existiendo, por tanto, resultados no concluyentes hasta el momento.

Al mismo tiempo, en la literatura existen diversos estudios que analizan las intenciones de comportamiento mediatos, contemplando sus diferentes dimensiones, tales como la lealtad y disposición a pagar más (Baker y Crompton, 2000; Wakefield y Blodgett, 1999, Zeithmal et al., 1996). Sin embargo, se basan en la relación calidad-satisfacción, y no incluyen las emociones del consumidor. Es cierto que otros estudios han analizado la influencia de las emociones como variable moderadora de la relación satisfacción-intenciones de comportamiento (Bloemer y De Ruyter, 1999; Oliver et al., 1997), pero éstos se centran únicamente en emociones positivas.

En el desarrollo del servicio se puede distinguir otra categoría de intenciones de comportamiento atendiendo al momento de su ejecución. Cuando el consumidor está satisfecho durante el desarrollo del servicio, se espera que sus intenciones de comportamiento a corto plazo sean congruentes a su satisfacción (Bolton, 1998). A título ilustrativo, las intenciones de comportamiento inmediato se refieren, entre otras, a la mayor o menor duración de la experiencia del consumo (Holbrook y Gardner, 1993, 1998), así como a la compra de recuerdos y regalos (Kim y Littrell, 1999).

II.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE LA CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA Y LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES

La calidad percibida es la que presenta límites menos claros respecto al concepto de satisfacción, ya que ambas se refieren a un proceso de evaluación en el que el cliente compara la experiencia del servicio con determinadas expectativas previas, es decir, ambas tienen en común el hecho de que se considera central el punto de vista de los clientes, al valorar los servicios que presta una organización. Esta confusión es especialmente intensa cuando se define la calidad como la satisfacción de las expectativas de clientes, y se hace operativa a través del paradigma de la disconfirmación de tales expectativas. Pero los investigadores han intentado diferenciar la calidad de servicio de la satisfacción del consumidor, incluso mientras usaban el paradigma disconfirmatorio para medir las percepciones de la calidad de servicio (Bitner, 1990; Carman, 1990; Parasuraman et al., 1988; Bolton y Drew, 1991; Zeithmall et al., 1990).

Dada la similitud conceptual entre los constructos de calidad de servicio y satisfacción, no es sorprendente que estén altamente correlacionados (Bansal y Taylor, 1999; Cronin et al., 2000; Cronin y Taylor, 1992; Gottlieb et al., 1994; Spreng y MacKoy, 1996; Taylor, 1997; Taylor y Baker, 1994). Por ello, algunos autores han caído en la tentación de considerar que ambos conceptos son sinónimos (Liljander, 1994), sugiriendo que los modelos de satisfacción pueden ser denominados de calidad de servicio percibida, cuando lo que se estudia es un servicio y no un bien de consumo. Otros, han venido a recalcar que los profesionales no suelen diferenciar entre ambos conceptos (Dabholkar, 1995). Actualmente, la mayoría de los autores sugieren que la calidad de servicio y la satisfacción son constructos distintos (Bitner, 1990; Bolton y Drew, 1991; Oliver, 1980; Carman, 1990; Boulding et al., 1993; Taylor y Baker, 1994; Spreng y Mackoy, 1996; Bansal y Taylor, 1999; Parasuraman et al., 1988), aunque relacionados.

Patterson y Johnson (1993), establecen una comparación detallada entre los dos constructos. Basada en la revisión de ambas literaturas realizada por estos autores, a continuación se exponen las principales diferencias y similitudes entre la calidad de servicio y la satisfacción:

- La satisfacción contiene componentes tanto afectivos como cognitivos y representa una evaluación del consumidor respecto a una transacción específica y a una experiencia de consumo. Lo que pronto se vuelve una actitud global hacia el servicio. La calidad de servicio percibida representa un juicio más global y duradero, a través de múltiples encuentros de servicio y es similar a una actitud general hacia la empresa. Es decir, la calidad de servicio se vincula a largo plazo, mientras que la satisfacción se asocia a un juicio transitorio, susceptible de ser cambiada en cada transacción (Cronin y Taylor, 1992; Bitner, 1990; Parasuraman et al., 1988; Bolton y Drew, 1990; Carman, 1990; Mentzer et al., 1993; Reeves y Bednar, 1994). Sin embargo, investigaciones recientes sostienen que ambos constructos pueden operar en los dos niveles (Bitner y Hubert, 1994; Rust y Oliver, 1994; Taylor y Baker, 1994)¹.
- Los modelos de satisfacción incluyen una variable crucial: la disconfirmación, que es un constructo cognitivo distinto y está conceptualizado para tener un efecto independiente y aditivo sobre la satisfacción. El modelo de calidad de servicio según estos autores omite la disconfirmación. Sin embargo, Cronin y Taylor (1992) creen que la disconfirmación mediatiza las percepciones de calidad de servicio.
- Las atribuciones del consumidor y sus percepciones de equidad son también antecedentes de la satisfacción, pero no han sido integrados en un modelo de calidad de servicio. Además, Bolton y Drew (1994) encontraron otros antecedentes de satisfacción como por ejemplo, la frecuencia de uso, la situación, el afecto o el control percibido. Se cree por tanto, que la calidad de

¹ Hay autores que han planteado la existencia de una satisfacción acumulativa y otra transaccional (Anderson et al., 1994), o si se quiere una satisfacción transaccional y otra que hace referencia a la satisfacción general a lo largo de diferentes experiencias de consumo (Dabholkar y Torpe, 1994). La satisfacción transaccional se correspondería genuinamente con la satisfacción. En cambio, la satisfacción acumulativa sería difícil de diferenciar de la calidad de servicio como actitud. Concretamente, Bitner y Hubbert (1994) encontraron que la satisfacción con un encuentro (definida como la satisfacción con un encuentro de servicio discreto), era más fácil de distinguir de la satisfacción global (satisfacción con una empresa basada en todos los encuentros y experiencias con ella) y de la calidad percibida (impresión global de la superioridad relativa de la empresa y sus servicios) de lo que lo eran los dos últimos constructos entre sí.

Además, Taylor y Baker (1994) confirmaron a nivel empírico la idoneidad de una estrategia que combinara la creación de actitudes a largo plazo, con el cuidado de la satisfacción en los encuentros específicos. En aquellas situaciones donde la compra puede producirse pocas veces en la vida de un individuo, la transacción concreta tiene una influencia significativa sobre la calidad de servicio que otros potenciales clientes pueden desarrollar por ejemplo, a través de la comunicación boca-oreja.

servicio tiene menos antecedentes conceptuales que la satisfacción (Rust y Oliver, 1994).

- Las percepciones de los consumidores sobre la calidad de servicio están **directamente** influidas por la **disconfirmación** e **indirectamente** por la **disconfirmación**, las expectativas y el actual nivel de desempeño (vía satisfacción/insatisfacción). Además, mediante un efecto indirecto en la satisfacción vía disconfirmación, el desempeño percibido tiene un efecto directo sobre la satisfacción, particularmente en servicios de alta implicación; aunque también se ha encontrado evidencia del efecto directo en la calidad de servicio percibida (Cronin y Taylor, 1992; Bolton y Drew, 1991b). Oliver y De Sarbo (1988) encuentran que tanto la disconformidad como la calidad percibida tienen un impacto más fuerte en la satisfacción que las expectativas.
- La satisfacción está basada en la experiencia con el servicio, mientras que la calidad de servicio percibida no está basada necesariamente en la experiencia. Por ello, la investigación sobre satisfacción se ha centrado en evaluaciones post-consumo, mientras que la de calidad de servicio ha focalizado su atención en evaluaciones predecisionales (Latour y Peat, 1979).
- La literatura reconoce que ambos constructos son el resultado de la comparación entre el desempeño del servicio y algún estándar (Spreng y Mackoy, 1996). La diferencia entre ambos es que utilizan distintos estándares de comparación (Parasuraman et al., 1988; Bitner, 1990; Zeithmal et al., 1993). En la literatura sobre satisfacción se utilizan normalmente expectativas predictivas hechas por el consumidor sobre lo que le gustaría que pasase durante una transacción inminente (Oliver, 1981). Sin embargo, en la literatura de calidad de servicio, se toma normalmente como estándar de comparación el nivel de servicio deseado (Walker y Baker, 2000). Es decir, lo que uno siente que el proveedor del servicio debe ofrecer, que está formado sobre la base de las expectativas previas de una compañía, su marketing mix, los competidores y la comunicación boca-oreja (Lewis, 1993). No obstante, Bouilding et al. (1993) sostienen que las expectativas predictivas pueden también formar parte de las percepciones de calidad de servicio.

Un resumen de los principales conceptos o elementos de comparación utilizados, puede verse en la tabla II.2.

Tabla II.2. Comparación entre los conceptos de calidad y satisfacción

Dimensión de comparación	Calidad de servicio	Satisfacción con el servicio
Atributos y dimensiones	Específicos de los juicios de calidad.	Potencialmente todas las dimensiones son relevantes.
Tipos de expectativas	Ideales, “excelencia”.	Expectativas predictivas, normativas, necesidades.
Naturaleza experimental	No es necesaria, influida por factores externos.	Necesaria.
Elemento central de la investigación	Dimensiones y medida.	Procesos mediante los que se realizan las evaluaciones.
Cognitivo/afectivo	Predominantemente cognitivo.	Cognitivo y afectivo.
Otros antecedentes	Comunicaciones.	Equidad, atribución, emoción.

Fuente: Adaptado de Oliver (1993: 76)

Según Dabholkar (1995), existe un acuerdo general en la literatura más reciente en considerar a la calidad de servicio como un constructo cognitivo primario y simple, mientras que la satisfacción es un concepto complejo con un elevado grado tanto de componentes afectivos como cognitivos. Además, estos trabajos sugieren que la satisfacción es un concepto más central que media el efecto de las percepciones de calidad de servicio, en las intenciones de conducta y otros resultados.

Las relaciones entre estos constructos son importantes, ya que una revisión de la literatura de marketing de servicios revela que la calidad de servicio percibida y la satisfacción juegan un papel fundamental en las intenciones de compra de los consumidores (Zeithmal et al., 1996). Además, las percepciones de calidad y los juicios de satisfacción han sido reconocidos como constructos clave a la hora de explicar las conductas deseables del consumidor como la intención de recomendar el servicio (Anderson y Sullivan, 1990; Bitner, 1990; Bitner y Hubert, 1994; Bolton y Drew, 1991, 1994; Cronin y Taylor, 1992, 1994; Grönroos, 1993; Iacobucci et al., 1994; Oliver, 1993, 1994; Rust et al., 1995, 1996; Taylor y Baker, 1994; Zeithmal, 1998; Zeithmal y Bitner, 1996; Zeithmal et al., 1993, 1996).

II.4. RELACIÓN CAUSAL ENTRE CALIDAD DE SERVICIO PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN

Las relaciones entre satisfacción y calidad de servicio han recibido una gran atención en la literatura (Bolton y Drew, 1994). La dirección de la relación es importante si los objetivos de la investigación persiguen comprender el proceso evaluativo del consumidor; por otra parte, los proveedores de servicio necesitan saber si su objetivo debe ser tener consumidores satisfechos con su prestación de servicio, o prestar el nivel máximo de calidad de servicio percibida (Cronin y Taylor, 1992). Sin embargo, la mayoría de los artículos que han intentado examinar esta relación no tienen naturaleza empírica (Iacobucci et al., 1995).

Así, todavía se puede constatar la existencia de un debate, relativo a la dirección de la relación entre ambos conceptos, es decir, no está claro si la calidad de servicio es un antecedente o un consecuente de la satisfacción. Además, los trabajos empíricos también son confusos por la dificultad aparente de los consumidores para distinguir no sólo entre distintos niveles de agregación (encuentro de servicio o calidad global), sino también para distinguir entre calidad y satisfacción (Bitner y Hubbert, 1994).

Inicialmente, algunos autores señalaron a la satisfacción como un antecedente de la calidad de servicio percibida (Parasuraman et al., 1988; Grönroos, 1990; Bitner, 1990; Bolton y Drew, 1991; Bitner y Hubert, 1994; Schommer y Wiederholt, 1994). El argumento básico de esta posición consiste en que a partir de las experiencias de satisfacción con varios encuentros de servicio se desarrolla y se va modificando una actitud global a largo plazo, es decir, mediante la acumulación de evaluaciones específicas (satisfacción con transacciones) se llega a una evaluación global (calidad percibida). Este es el caso que se expone en el modelo de Bitner (1990), en el cuál se analizan los antecedentes y el resultado de la satisfacción del cliente en encuentros de servicio. Este modelo sugiere que el cliente compara el servicio real que recibe en términos de ¿7 P's,? con sus expectativas o una disconfirmación positiva/negativa, cuando las expectativas y percepciones no son similares. La parte final del modelo supone que la satisfacción del cliente es un input en la percepción de calidad de servicio, que a su vez lleva a comportamientos postcompra.

Otro modelo que considera la satisfacción como un antecedente de la calidad percibida es el de Patterson y Johnson (1993). De acuerdo con este modelo, la satisfacción con una transacción específica es un antecedente de la calidad de servicio global. Esto también es visto así por Parasuraman et al. (1988: 16) quienes sostienen que experiencias satisfactorias a lo largo del tiempo dan lugar a percepciones positivas de calidad de servicio.

Otros trabajos defienden la postura contraria, es decir, que la calidad de servicio es un antecedente de la satisfacción de los clientes (Churchill y Suprenant, 1982; Woodruff et al., 1983; Woodside et al., 1989; Cronin y Taylor, 1992; Oliver, 1993; Rust y Oliver, 1994; Storbacka et al., 1994; Bloemer y De Ruyter, 1995; Spreng et al., 1996; Hallowell, 1996; Spreng y MacKoy, 1996; De Ruyter et al., 1997; Swan y Browsers, 1998; Cronin et al., 2000; Lee et al., 2000).

En este sentido, el trabajo de Cronin y Taylor (1992) somete a examen el orden causal de la relación entre calidad de servicio y satisfacción, utilizando un modelo de ecuaciones estructurales. Los resultados de la investigación descubren que de las dos relaciones recíprocas posibles, la única significativa es la que propone a la calidad como un antecedente de la satisfacción.

En un trabajo posterior, llevado a cabo en hospitales de la Comunidad Valenciana, Bigné et al. (1997) también encontraron que la calidad percibida del servicio es un antecedente de la satisfacción, no observando ninguna relación en sentido inverso. Por tanto, estos autores defienden la tesis de que la satisfacción es un concepto más general, que engloba a la calidad percibida. En la misma línea, el estudio realizado por Shemwell et al. (1998), demostró que la calidad de servicio tiene un efecto fuerte y directo en la satisfacción. Así, en el trabajo se sugiere que la mejora de las percepciones de calidad de servicio incrementan los niveles de satisfacción.

Sin embargo, es posible una postura intermedia, en la que la calidad de servicio percibida es considerada tanto un antecedente como un consecuente de la satisfacción. De hecho, muchos investigadores lo ven de esta manera (Oliver, 1994; Parasuraman et al., 1994; Rust y Oliver, 1994; Teas, 1993; McAlexander et al., 1994; Berné et al., 1996). Así, la satisfacción en una transacción concreta vendría determinada entre otros

factores, por la calidad de servicio; a su vez, la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de la calidad de servicio que perciben los individuos.

En este sentido, Iacobucci et al. (1994) demuestran empíricamente que la comparación de modelos estructurales en ambos sentidos (la calidad como antecedente de la satisfacción, y la satisfacción como antecedente de la calidad), resulta en ajustes idénticos. Es decir, existe una relación recíproca entre la calidad global de un servicio y la satisfacción; y por tanto, es imposible concluir empíricamente cuál de ellas es el antecedente de la otra (McAlexander et al., 1994).

Una propuesta innovadora que intenta explicar la relación causal entre calidad de servicio y satisfacción es la de Dabholkar (1995). Partiendo de la idea de que la calidad de servicio es básicamente cognitiva y la satisfacción normalmente afectiva, Dabholkar indica que la relación causal depende del momento en que se evalúe el servicio. Según este autor, en las transacciones específicas puede suceder que las evaluaciones de calidad y satisfacción sean divergentes para distintas situaciones y distintas personas, constatando la existencia de varios factores que influyen en la secuencia de evaluación del servicio y por tanto, en el orden causal entre satisfacción y calidad (ver tabla II.3).

Tabla II.3. Marco de contingencias para la predicción de la causalidad entre la satisfacción de clientes y la calidad de servicio

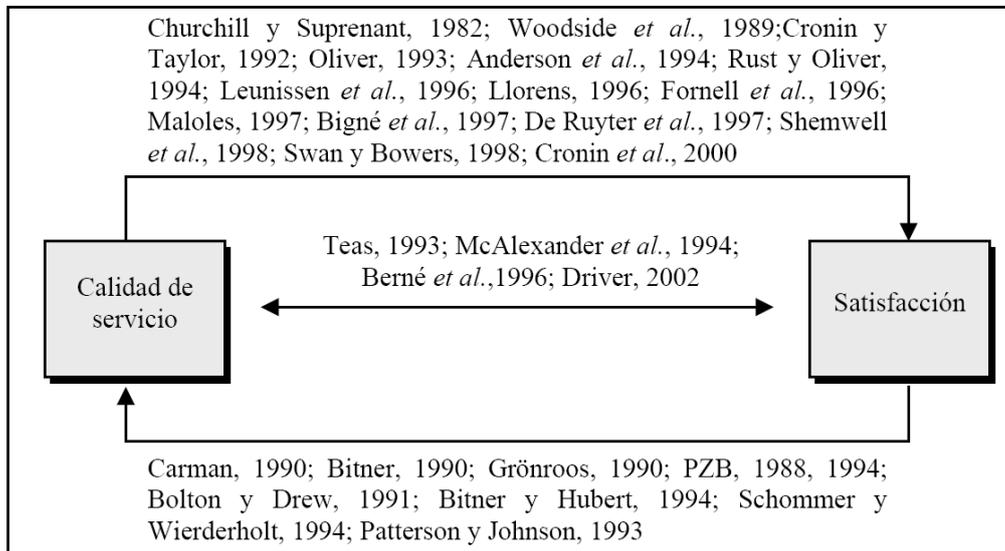
	Calidad → Satisfacción	Satisfacción → Calidad
Naturaleza de la experiencia con el servicio	Poca o ninguna emoción	Emoción fuerte activada
Zona de indiferencia	Dentro de ésta	Fuera de ésta
Aspectos esenciales del servicio	Presentes	Ausentes
Aspectos periféricos del servicio	Ausentes	Presentes
Tipo de servicio	Sin implicación emocional (p.e. compra de comestibles)	Con implicación emocional (p.e. emergencias en un hospital)
Tipo de cliente	Cognitivo	Afectivo/ emocional
Estado de ánimo del cliente	Neutral	Muy bueno o muy malo

Fuente: Dabholkar (1995: 102)

El modelo propuesto por Driver (2002), también supone relaciones en ambos sentidos. Se basa en que aunque la satisfacción en un encuentro puede reforzar las percepciones globales de calidad después del mismo, la satisfacción no está subordinada a la calidad a nivel de transacción (Rust y Oliver, 1994). Además, supone que la calidad de servicio influye en la satisfacción sólo vía valor percibido; es decir, el sacrificio percibido es comparado con la calidad de servicio para llegar al valor percibido, que a su vez determina la satisfacción (Storbacka et al., 1994).

Finalmente, nos parece interesante recoger en la figura II.1, las principales relaciones causales que se pueden encontrar en la literatura.

Figura II.1. Resumen de las relaciones causales entre satisfacción y calidad de servicio



II.5. CALIDAD Y SATISFACCIÓN EN SANIDAD

II.5.1. El “por qué” del análisis de la satisfacción

En los últimos años, el estudio de la satisfacción de la sociedad española respecto a sus servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad. El análisis de la satisfacción, también, se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias.

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo

lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Y, en tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

La posibilidad de considerar a los ciudadanos como consumidores de los servicios sanitarios aparece en las últimas décadas y tiene su origen en el sector privado. Según Calnan, hablar de ciudadano, cliente, consumidor, usuario o paciente tiene un significado diferente a pesar de que los términos se utilicen indistintamente. En nuestro país, la mayor parte de los ciudadanos son usuarios o usuarios potenciales del sistema sanitario. A pesar de que el abanico de intereses es muy amplio, los usuarios centran sus intereses y expectativas sanitarias en la relación más inmediata, en las atenciones y en los servicios que reciben de los profesionales. Está claro que los principios básicos de los derechos de los consumidores no se pueden aplicar con demasiada facilidad al contexto de la atención sanitaria porque, por ejemplo, aquéllos que pagan por la atención no son necesariamente los que más se benefician de ella. Debería tomarse en consideración que el uso de los diferentes términos que identifican al ciudadano cuando utiliza los servicios sanitarios no es banal, sino que puede ser, o es, un reflejo de los cambios sociales que definen la posición del mismo en el mercado sanitario.

Con independencia de los aspectos semánticos y sociológicos descritos, la tendencia actual es la de reconocer en los ciudadanos un nivel de autonomía muy superior al que el sistema sanitario les había dado hasta ahora. La capacidad de protección de la salud es considerada desde las diferentes formas de participación en la salud con independencia de la organización del sistema sanitario. Los individuos no son recipientes pasivos, sumisos seguidores de las órdenes y recomendaciones de los “expertos”. La población es más autónoma de lo que el sistema sanitario ha creído hasta ahora.

Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la

definición de calidad. Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades. Vuori añade que si se supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en la mejora de la calidad de los servicios.

II.5.2. El “objeto” y el “sujeto” de análisis

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. Esto es, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los espacios socioculturales en los que se muestra y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella. La satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

Carr-Hill probó que la satisfacción con la atención médica está influenciada por el grado en que la actuación del médico se corresponde con la expectativa del paciente. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. Algunas investigaciones añaden que una experiencia “mala” influye en la satisfacción del paciente más que tener experiencias “buenas”. La diversidad de teorías sobre las expectativas como determinantes de la satisfacción unido a la dificultad o poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias, en combinar los métodos cualitativos con los cuantitativos para identificar la mayoría de los factores relacionados con la satisfacción, representa una limitación añadida al conocimiento de ésta.

Desde la perspectiva del paciente, la medicina tiene las siguientes funciones: curar, a veces; aliviar, a menudo; y confortar, siempre. La primera se denomina “ciencia” de la

medicina y las otras dos se denominan “arte”. La tarea del médico en un episodio de enfermedad se puede dividir en dos: la técnica (ciencia) y la interpersonal (arte). A estas dos tareas habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención tales como el confort, la rapidez o la amabilidad. En general, se identifican tres aspectos que los pacientes valoran de la asistencia sanitaria: el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación) y la comunicación (dar y recibir información). A grandes rasgos podríamos considerar pues que los contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción deberían contener por lo menos tres dimensiones diferentes de la atención: 1. La ciencia de la medicina (aspectos técnicos/instrumentales de la asistencia), 2. El arte de la asistencia (aspectos comunicativos) y 3. Las comodidades de la asistencia. La medida de la satisfacción será la medida de las diferentes dimensiones que la conforman. Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la satisfacción, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen subdimensiones dentro de aquellas.

A la complejidad de la definición de la satisfacción hay que añadir la “labilidad” del sujeto de análisis, que explica la resistencia de algunos autores a incluir la satisfacción entre los criterios de calidad asistencial. Esta resistencia se fundamenta en las siguientes razones: 1. La falta de conocimiento científico y técnico por parte de los pacientes para evaluar la calidad asistencial; 2. El estado físico o mental de los pacientes que puede influirlos, o en algunos casos incapacitarlos, para emitir juicios objetivos; 3. El rápido proceso asistencial (atención de enfermería, realización de pruebas diagnósticas, medidas terapéuticas) que dificulta que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo y 4. La dificultad en definir lo que los pacientes consideran “calidad”. La calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud (la percepción de éste varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación). Además, las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales que repercute en la satisfacción de la población.

A pesar de esta complejidad, Vuori propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista del paciente, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad: 1. El principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica; 2. El principio democrático según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella; 3. Los derechos del consumidor por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere; 4. El concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa. Aunque la medicina no siempre puede curar, sí que puede ser útil a los pacientes y satisfacer sus necesidades. Por esta razón debe conocer cuáles son sus necesidades y experiencias. Una forma de alcanzar este conocimiento es, en parte, a través del análisis de la satisfacción.

II.5.3. El “qué” y el “cómo”

A pesar de las limitaciones descritas, la medida de la satisfacción ha demostrado ser un instrumento útil para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios porque proporciona información sobre la calidad percibida por los ciudadanos. Utilizado adecuadamente puede ser un buen instrumento para modular y adaptar los servicios a las necesidades expresadas por la población, así como un buen centinela de los cambios culturales y de preferencias de la población.

El objetivo del análisis de la satisfacción será pues facilitar información a los profesionales y a los gestores y administradores del sistema sanitario sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial. Si consideramos que la satisfacción con los servicios sanitarios es, predominantemente, un concepto derivado, las investigaciones sobre la misma se deberían dirigir a investigar las causas de la insatisfacción. No obstante, los aspectos de la asistencia que causan más insatisfacción son largamente conocidos. En términos generales, se sabe que en los hospitales, las quejas incluyen la espera excesiva para una visita de consulta externa o para la admisión o la mala o insuficiente información o los

aspectos relacionados con la hostelería. También se sabe que en la atención primaria, las críticas de los pacientes acostumbran a centrarse en problemas de acceso, como el sistema de cita previa, problemas en la relación médico-paciente y, tal vez, problemas en la comunicación

Como recomiendan Mira y Aranaz, la metodología más recomendable es la que combina técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa así como el empleo de instrumentos que contengan elementos que faciliten la evaluación de las percepciones de los pacientes con la experiencia sobre si determinados “hechos de buena praxis” han ocurrido. Los investigadores de este ámbito de conocimiento han avanzado en el diseño de instrumentos de medida de la satisfacción para evaluar la calidad de los servicios. Un ejemplo de estos avances son los cuestionarios derivados del “SERVQUAL” para su uso en el ámbito hospitalario que combinan la medida de las expectativas y las percepciones o el “Consumer/Provider Survey” que mide las experiencias y las percepciones en la atención y resolución de problemas concretos en la atención primaria, desde una doble perspectiva la del usuario y la del proveedor.

Una de las maneras de facilitar la información a los profesionales, como alternativa o complemento a las encuestas clásicas, pueden ser otros sistemas de análisis como el de grabar la opinión de los pacientes, pasar posteriormente la cinta al personal sanitario y establecer grupos de participación en los que se reflexione sobre esa percepción de los pacientes. Las encuestas implican un proceso extenso, complejo, largo y caro al que hay que añadir el cuidado del uso de los instrumentos estandarizados por dos razones muy simples: el contexto y los objetivos de análisis. Además, el análisis debería incluir más estudios sobre grupos minoritarios puesto que es inapropiado asumir que los resultados que se obtienen de un estudio de población general son extrapolables. Ante esta situación, y desde una perspectiva de la gestión de los servicios sanitarios, se podría plantear la utilidad complementaria de los métodos cualitativos, habitualmente sacrificados por los profesionales de la salud.

Una razón adicional para introducir la utilización de la opinión de la población en las organizaciones sanitarias es porque se convierte en un instrumento útil para hacer efectivas las políticas más actuales sobre la calidad. Un ejemplo puede ser el Modelo Europeo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM),

que promueve dichas políticas desde la perspectiva de la máxima participación de los diferentes actores del proceso asistencial. Los métodos cualitativos pueden representar en esta dirección una alternativa deseable para aproximarnos a una dimensión más real de lo que la población está expresando cuando dice las cosas. Porque cerrar las experiencias subjetivas en categorías rígidamente trazadas sin conocer la lógica que opera en los grupos sociales que investigamos puede inducirnos a “escuchar lo que queremos oír” y, por lo tanto, a falsear la realidad. La utilización de la evaluación cualitativa de forma complementaria a instrumentos clásicos de probada validez, facilitaría la monitorización del nivel de satisfacción de la población respecto a los servicios sanitarios en los programas de la mejora continua de la calidad a un coste asequible para el sistema.

Como se ha demostrado a lo largo de esta exposición, existe el consenso de la mayoría de los investigadores que la opinión expresada por los ciudadanos mediante diferentes vías, sea a través de las encuestas de satisfacción solas sea en combinación con los métodos cualitativos, ofrece una información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios sanitarios desde el punto de vista de la población y como tal constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Esta evidencia constatada en el ámbito de la investigación no siempre se traduce en una experimentación en el ámbito de la gestión y administración sanitaria, por lo que la utilización sistemática de este tipo de información en el rediseño de los procesos asistenciales no debería sufrir más dilación.

CAPÍTULO III

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

III.1. REGULACIÓN LEGAL Y REGLAMENTARIA A TENER EN CUENTA

La Constitución de 1978, dentro de los principios rectores de la política social y económica, ha reconocido en su **artículo 43** el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por otra parte, **el Título VIII** del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Asimismo, la Ley creó el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado, que ha realizado una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. La experiencia y la práctica de las relaciones entre el Estado y las Comunidades Autónomas desde 1986, año en que se aprueba la Ley General de Sanidad, ha sido un elemento dinámico y, en muchos aspectos, un referente para el desarrollo de la cohesión en el Estado autonómico. Y es precisamente esta experiencia avanzada y valorada positivamente, por los ciudadanos e internacionalmente, la que posibilita no sólo poder realizar un buen diagnóstico sobre sus virtudes y carencias, sino también estar en condiciones de abordar sectorialmente el necesario perfeccionamiento de las relaciones, de manera que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta dicho Estado autonómico.

Paralelamente, transcurridos más de dieciséis años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Y se plantean nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, como son la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria, retos todos ellos que han puesto de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las Comunidades Autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno le exige.

Por todo ello, la presente Ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:

a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.

c) Participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

La experiencia en coordinación sanitaria desde la aprobación de la Ley General de Sanidad hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo, que aproveche esa experiencia y ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia.

La primera aportación de la Ley al nuevo modelo es la definición de aquellos ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas. En estos ámbitos se define un núcleo común de actuación del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios de Salud que lo integran. Sin interferir en la diversidad de formulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial con un Estado descentralizado, se pretende que la atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes.

III.2. PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.

Prestaciones de salud pública

Conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias,

habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.

Prestación de atención primaria

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Prestación de atención especializada

Comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

Prestación de atención sociosanitaria

Comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

Prestación de atención de urgencia

La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.

Prestación farmacéutica

Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Prestación ortoprotésica

Consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien de modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

Prestación de productos dietéticos

Comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario. Prestación de transporte sanitario Necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.

III.3. RECURSOS ASISTENCIALES ESTATALES ESPECIALIZADOS

A continuación se recoge el conjunto de hospitales según los siguientes tipos de dependencia y finalidad:

- Hospitales por comunidad autónoma y dependencia patrimonial
- Hospitales por comunidad autónoma y dependencia funcional
- Hospitales por dependencia funcional, según su finalidad asistencial

Tabla III.1. Hospitales por Comunidad Autónoma y dependencia patrimonial

	Seg. Social	Adm. Central	Min. de Defensa	CCAA	Diput. o Cabildo	Municipio	Ent. Públicas	MATEP	Priv.- Benfico	Priv.- Benfico	Otro Priv.-	Priv. no Benfico	Otra	Totales
ANDALUCÍA	9	1	1	20	1	2	5	1	2	7	1	49	0	99
ARAGÓN	8	0	1	10	0	0	1	1	0	2	0	5	0	28
PPDO. DE ASTURIAS	6	0	0	2	0	0	1	0	1	1	3	6	0	20
ILLES BALEARS	5	0	0	1	3	0	0	1	1	1	0	10	0	22
CANARIAS	2	0	0	4	8	2	2	0	0	2	2	25	0	47
CANTABRIA	3	0	0	3	0	0	0	1	0	2	0	1	0	10
CASTILLA-LA MANCHA	10	0	0	2	3	0	1	1	0	0	0	11	0	28
CASTILLA Y LEÓN	5	0	0	0	2	0	8	0	1	8	4	11	0	39
CATALUÑA	10	0	0	16	3	14	15	5	2	20	37	77	1	200
COMUNIDAD VALENCIANA	18	1	1	8	4	0	0	2	0	1	2	24	1	62
EXTREMADURA	5	0	0	0	2	1	3	0	0	0	2	7	0	20
GALICIA	4	0	1	4	1	0	6	1	1	0	2	27	0	47
MADRID	13	0	1	11	0	0	0	3	1	11	1	33	0	74
REGIÓN DE MURCIA	6	0	1	4	0	1	0	1	0	0	2	11	0	26
C. FORAL DE NAVARRA	2	0	0	4	0	0	0	0	0	3	2	2	0	13
PAÍS VASCO	3	0	0	15	0	0	0	3	1	5	3	14	0	44
LA RIOJA	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5
CEUTA	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
MELILLA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL NACIONAL	112	2	8	105	27	20	42	20	11	63	61	315	2	788

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Tabla III.2. Hospitales por Comunidad Autónoma y dependencia funcional

	SNS	Admin. Penitenc	CCAA	Diput. o Cabildo	Municipio	Otros Públicos	MATEP	Priv.- Benficio	Priv.- Benficio	Otro Priv.-	Priv. no Benficio	Minist. de	Total
ANDALUCÍA	29	1	0	0	2	7	1	2	6	1	49	1	99
ARAGÓN	17	0	0	0	0	1	1	0	2	0	6	1	28
PPDO. DE ASTURIAS	8	0	0	0	0	1	0	1	1	3	6	0	20
ILLES BALEARS	4	0	4	1	0	0	1	1	1	0	10	0	22
CANARIAS	8	0	0	7	1	1	0	0	2	3	25	0	47
CANTABRIA	3	0	3	0	0	0	1	0	2	0	1	0	10
CASTILLA-LA MANCHA	12	0	1	3	0	0	1	0	0	0	11	0	28
CASTILLA Y LEÓN	14	0	0	1	0	1	0	1	8	3	11	0	39
CATALUÑA	9	0	1	2	3	27	7	1	18	35	97	0	200
COMUNIDAD VALENCIANA	28	1	0	2	0	1	2	0	1	2	24	1	62
EXTREMADURA	8	0	0	2	0	0	0	0	0	2	8	0	20
GALICIA	11	0	0	1	0	3	1	1	0	2	27	1	47
MADRID	23	0	0	0	0	2	3	0	11	0	34	1	74
REGIÓN DE MURCIA	9	0	0	0	0	1	1	0	0	2	12	1	26
C. FORAL DE NAVARRA	6	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	0	13
PAÍS VASCO	18	0	0	0	0	0	4	1	3	3	15	0	44
LA RIOJA	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	5
CEUTA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
MELILLA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
TOTAL NACIONAL	210	2	10	19	6	46	23	8	58	58	340	8	788

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Tabla III.3. Hospitales por dependencia funcional, según su finalidad asistencial

Depend. funcional	Gnral	Quirurgico	Maternal	Infantil	Materno Infantil	Psiquiat	Oncológ	Oftalmico u O.R.L	Traumat. y/o Rehabilit	Rehabilit. psicofísica	Medico quirurg	Geriatría y/o Larga estancia	Otros Monograf	Leprolog o Dermatol	Total
Sistema Nacional de Salud	178	1	0	1	0	12	0	0	2	0	1	14	1	0	210
Administ. Penitenciaria	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Comunidad Autónoma	3	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	2	1	0	10
Diputación o Cabildo	1	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	9	0	0	19
Municipio	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	6
Otros públicos	29	0	0	0	1	3	3	0	0	0	1	9	0	0	46
MATEP	8	1	0	0	0	0	0	0	13	0	1	0	0	0	23
Privado - benéfico (Cruz Roja)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	8
Privado - benéfico (Iglesia)	21	3	0	2	1	22	0	0	1	0	2	6	0	0	58
Otro privado - benéfico	25	1	0	0	0	3	3	0	1	0	1	20	3	1	58

Depend. funcional	Gnral	Quirurgico	Maternal	Infantil	Materno Infantil	Psiquiat	Oncológ	Oftalmico u O.R.L	Traumat. y/o Rehabilit	Rehabilit. psicofísica	Medico quirurgo	Geriatría y/o Larga estancia	Otros Monograf	Leprolog o Dermatol	Total
Privado no benéfico	196	26	1	0	2	33	2	3	3	2	9	56	7	0	340
Ministerio de Defensa	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Total Nacional	476	33	1	3	4	89	8	3	20	2	17	119	12	1	788

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

III.4. AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La mejora de la calidad significa tanto una búsqueda de la excelencia, como la reducción de inequidades en las prestaciones y en la atención sanitaria. **Los valores que definen la calidad han aumentado**, e incluyen, no solamente alcanzar los mejores resultados, sino garantizar la equidad, la seguridad, la accesibilidad de espacio y de tiempo, la información, la elección del usuario y la humanización de la asistencia.

El enfoque más adecuado para el Sistema Nacional de Salud es **utilizar la mejora continua como guía para la práctica de cada día**, en todos los componentes, a todos los niveles del sistema. Aplicar la metodología de la calidad implica aunar en una **estrategia común a autoridades sanitarias, profesionales y ciudadanos**, teniendo en cuenta que, cada grupo, tiene su propia visión y expectativas acerca de la calidad. Y poner **énfasis en las actuaciones realizadas en la práctica clínica y en la libertad de cada organización** para escoger su propio método y prioridades en la gestión de la calidad.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud convocará a las organizaciones clave involucradas en el desarrollo de la gestión de la calidad, para hacer frente a necesidades comunes de información, formación e investigación en las siguientes áreas de actuación:

1. El sistema sanitario, con múltiples actores y localizaciones, requiere contar con **indicadores, estándares, normas y criterios consensuados y validados científicamente**. La Agencia promoverá la utilización de normas, indicadores y estándares de calidad en el sector sanitario, para su aplicación en las diferentes organizaciones, centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados. La Agencia facilitará su difusión e impulsará su desarrollo, para que los números se puedan convertir en decisiones.
2. La Agencia quiere apoyar la **gestión clínica**. El desarrollo continuo de la calidad y la medicina basada en la evidencia, contribuyen a la utilización más efectiva de las intervenciones diagnósticas y curativas, así como a la reducción de los gastos innecesarios en relación con los procedimientos y los productos farmacéuticos. Por ello, fomentará la utilización de guías clínicas y de cuidados, el registro de buenas prácticas y el registro de acontecimientos adversos.

La Agencia aportará **información y herramientas metodológicas** a los profesionales sanitarios, para facilitarles las capacidades necesarias para servir de agentes activos en este proceso, y proporcionarles los medios para evaluar la calidad y los resultados de su trabajo clínico.

La Agencia facilitará información y herramientas metodológicas para la gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias y extenderá esta información en formatos útiles y entendibles que faciliten la toma de decisiones a niveles clínicos, de gestión y de autoridades sanitarias.

3. La Agencia de Calidad fomentará la **evaluación externa y periódica de la calidad y la seguridad de los centros y servicios sanitarios** mediante estrategias de apoyo, facilitación e incentivación a los profesionales y organizaciones sanitarias. Los sistemas de evaluación sanitaria estatales y autonómicos constituyen un requisito previo para el desarrollo y seguimiento de políticas sanitarias efectivas, eficientes y equitativas. La evaluación determinará si se han alcanzado los objetivos previstos, y cuáles son las cuestiones que requieren una atención adicional.
4. La Agencia apoyará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la elaboración del **Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud**, que coordine y promueva la comunicación y gestión de la calidad. Este Plan contendrá las recomendaciones de calidad prioritarios para el período correspondiente.

III.5. D.G. DE LA AGENCIA PARA LA CALIDAD, EVALUACIÓN Y MODERNIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES (ACEMSA) ÁREA DE MODERNIZACIÓN Y SISTEMAS DE ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

El desarrollo de la sociedad actual y el incremento del nivel de vida en Europa y en España ha contribuido a fomentar una creciente demanda de prestaciones y de calidad en la sanidad. El ciudadano está mejor informado y, por lo tanto, reclama más y mejores servicios.

La Generalitat Valenciana ha abordado estas nuevas exigencias mediante la adopción de una política orientada a lograr mayores niveles de calidad, eficiencia y mejora en la atención al usuario y específicamente, a través de la Conselleria de Sanitat, en el campo de la salud.

Al propugnar una sanidad que sitúa al paciente como eje de la actividad de los profesionales se hace imprescindible cumplir una primera exigencia: prestar una asistencia más personalizada, confortable y eficaz, mediante un sistema que tenga la capacidad financiera y científica adecuada, para satisfacer las demandas y las necesidades de los ciudadanos de este nuevo siglo.

La calidad total adoptada como estrategia global, permite dinamizar una organización con el objetivo de lograr una mejor asistencia al ciudadano con el menor coste. Es preciso reconocer el gran esfuerzo y los avances que en los últimos años se han producido en las organizaciones sanitarias y en la cultura profesional en relación con la calidad. Pero a la multiplicidad de iniciativas desarrolladas en los centros y servicios sanitarios, es necesario sumar nuevas propuestas y, ante todo, una mayor coordinación.

Por ello, la Conselleria de Sanitat pone en marcha una serie de actuaciones tendentes al logro de estos fines, teniendo siempre presente las particularidades del marco complejo y multidisciplinar del sector sanitario valenciano.

En primer lugar, se hace necesario establecer, promover y coordinar iniciativas de calidad en el conjunto del dispositivo asistencial, implantando sistemas homologados de garantía de calidad, bien por áreas funcionales, bien por servicios, como los establecidos a través de normativa, en las áreas de laboratorios de análisis clínicos, radiodiagnóstico o medicina nuclear.

En segundo lugar y como factor estratégico para favorecer el impulso, desarrollo, implantación y extensión de sistemas de información sanitaria, ha sido necesario abordar un Plan de integración de los Sistemas de Comunicación de la Conselleria de Sanitat, como factor clave que favorezca la unidad y coherencia interna del sistema.

Una de las líneas estratégicas más importantes desarrolladas por la Conselleria de Sanitat consiste en definir y promover un sistema de acreditación de centros, servicios y prácticas sanitarias para someterlos, con carácter periódico, a procedimientos de evaluación y acreditación de la calidad.

Mediante la elaboración y difusión de informes sobre la eficacia y efectividad de las tecnologías sanitarias, se incorporaría la evaluación y gestión de la calidad a los programas de formación de los profesionales.

El conjunto de estos objetivos, desemboca en el marco común del Plan de Calidad Total de la Asistencia Sanitaria en nuestra comunidad, que debe servir de referente a las unidades, servicios y centros sanitarios.

III.5.1. Plan de Calidad Total de la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana

Un sistema de calidad total, articulado alrededor de las necesidades y preferencias de los pacientes, basado en la participación de los profesionales y el trabajo en equipo, mediante un aprovechamiento óptimo de los recursos que pone a su alcance la sociedad de la información.

La calidad total es un concepto, o mejor una filosofía de trabajo, que está de actualidad en el universo de la gestión.

Surgido, a mediados del siglo pasado, como respuesta a la necesidad de optimizar recursos, reducir costes y mejorar resultados; en esta ya larga trayectoria histórica ha sabido vencer, gracias a la lógica que imponen las metas alcanzadas, cuantas resistencias han surgido entorno a su eficacia y viabilidad.

Por eso, hoy en día, se ha convertido en algo habitual escuchar conceptos como equidad, competencia profesional, satisfacción, eficiencia o eficacia, en boca de muchos planificadores y gestores sanitarios.

Sin embargo, también es cierto que después de lustros de ver plasmada esta idea en multitud de proyectos y trabajos, el concepto de calidad total no ha abandonado, en muchas ocasiones, la fase de la mera teorización.

Ante esta realidad la Conselleria de Sanitat ha querido predicar con el ejemplo y para ello ha decidido apoyar toda su estrategia asistencial, presente y futura, entorno a un Sistema de calidad total.

Este Sistema viene recogido en el Plan de Calidad Total de la asistencia sanitaria que presentamos en estas páginas. De su lectura es posible extraer la concepción que tenemos de lo que debe de ser un servicio sanitario moderno y con futuro.

En la Comunidad Valenciana hemos decidido, en este arranque de siglo, adecuar las prestaciones asistenciales a las exigencias del ciudadano y mejorar con ello la calidad de la atención médica que venimos prestando y este reto vamos a lograrlo mediante el establecimiento y desarrollo de una amplia y ambiciosa gama de objetivos y líneas de actuación.

Objetivos como el de garantizar la calidad de los procesos mediante su evaluación y monitorización o el de implicar al profesional en la estrategia de mejora de la calidad.

Objetivos como el de mejorar los sistemas de información o el de asegurar la eficacia y seguridad de las tecnologías.

Estos, junto a otros muchos, van a ser los pilares sobre los que apoyaremos todo el desarrollo estratégico de nuestra política sanitaria.

A estas alturas de siglo, parece más que evidente que la calidad de un servicio sanitario surge de la conjunción de factores tan dispares como las políticas sanitarias, la práctica clínica, la imagen que genera la organización entre prestadores y receptores de cuidados de salud, de la definición del servicio y de la adecuada interacción de todos ellos.

Esos factores son los que hemos querido recoger en el diseño de este Plan de calidad total.

Un Plan que nos va a ayudar a estimar mejor las necesidades de la sociedad valenciana, que nos va a permitir medir con mayor fiabilidad la aceptación e idoneidad de los cuidados que prestamos, que va a contribuir a mejorar sustancialmente nuestras decisiones tanto en el ámbito político, como clínico y sobretodo que va a acercar las instituciones sanitarias al ciudadano para hacerlas así más permeables a sus propuestas y anhelos.

La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria es un objetivo de los sistemas sanitarios modernos. La calidad de la asistencia sanitaria es un conjunto de propiedades de ésta que comprenden, tanto la aplicación de las posibilidades efectivas y probadas de la ciencia médica, como la percepción por los pacientes del servicio y el trato humano dispensado.

Pese al notorio nivel de calidad de la sanidad valenciana, siempre hay aspectos que son mejorables y que el sistema sanitario tiene el deber de mejorar mediante una filosofía

positiva de mejora continua de la calidad del servicio asistencial que se presta al paciente.

La mejora de la calidad es una responsabilidad de todos los actores del sistema sanitario, incluyendo a los propios pacientes, los profesionales, los centros sanitarios, los servicios de salud y las instituciones responsables de éstos.

Los principios sobre los que se asienta la política de Calidad Total de la Conselleria de Sanitat son:

- La mejora continua como estrategia general,
- articulada alrededor de las necesidades y preferencias de los pacientes,
- basada en la participación de los profesionales y el trabajo en equipo,
- con el aprovechamiento óptimo de la información.

El objetivo estratégico de la política de Calidad Total de la Conselleria de Sanitat es garantizar la gestión de las diferentes unidades que conforman el dispositivo asistencial valenciano, bajo un modelo basado en la filosofía y los sistemas de la calidad total, introduciendo la mejora continua como garantía de eficacia y eficiencia en la provisión de servicios sanitarios.

Y todo ello atendiendo a la actual configuración del sistema de salud como red asistencial, lo que permite adoptar la perspectiva de una asistencia integral y facilita la consecución de la excelencia a través de estrategias de benchmarking.

III.5.1.1. Objetivos del Plan

Garantizar la calidad de los procesos asistenciales mediante su evaluación y monitorización.

Difundir la preocupación por la calidad a través de todas las estructuras y organizaciones del dispositivo asistencial valenciano, como filosofía general de la organización sanitaria.

Implicar activamente a los profesionales en las estrategias de mejora de calidad.

Promover la mejora en la gestión de los centros sanitarios mediante la optimización de los sistemas de información.

Mejorar la calidad percibida por el paciente de la asistencia clínica, la información y el trato recibidos.

Evaluación y difusión del mejor conocimiento disponible sobre la eficacia y seguridad de las nuevas tecnologías sanitarias.

Compromiso permanente con la formación de los profesionales en los conocimientos necesarios para implementar con éxito las estrategias de calidad.

OBJETIVO 1:

GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES MEDIANTE SU EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN.

JUSTIFICACIÓN:

Garantizar la consecución de un nivel básico de calidad asistencial que sea concordante con el actual estado de la ciencia, las disponibilidades presupuestarias y las expectativas de nuestra sociedad.

Asegurar la mejora continua de la calidad mediante un enfoque integral que incorpore estrategias de

- garantía de calidad,
- autoevaluación de calidad,
- evaluación externa y acreditación
- en la búsqueda de la excelencia en la prestación asistencial.

Una descripción de los componentes de una asistencia sanitaria de alta calidad debe incluir: un alto grado de excelencia profesional en relación con el conocimiento actual y las tecnologías disponibles, eficiencia en el uso de los recursos, optimización de los resultados sanitarios, minimización de los riesgos para los pacientes y satisfacción de sus expectativas informadas.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

Gestionar las diferentes organizaciones que conforman el dispositivo asistencial valenciano bajo un modelo basado en la filosofía y los sistemas de la calidad total,

introduciendo la mejora continua como garantía de eficacia, eficiencia y seguridad en la provisión de servicios sanitarios.

Establecer normativamente criterios básicos de calidad y seguridad para la autorización de centros y evaluar su adecuado cumplimiento.

Establecer mecanismos para la evaluación continuada de la calidad, mediante la implantación de los sistemas de indicadores adecuados, que permitan su monitorización, y a través de la realización de auditorias de calidad.

Definir los criterios y estándares de calidad aplicables a la organización, gestión y práctica de la actividad asistencial.

Definir parámetros de excelencia y generar un registro de unidades organizativas que los cumplan, con una clasificación de las mismas.

Sistematizar las estrategias de garantía y mejora continua de calidad a través de metodologías de

- autoevaluación,
- gestión de procesos,
- normas de garantía,
- sistemas de acreditación,
- criterios de homologación de proveedores de servicios sanitarios.

Desarrollo e impulso del Instituto para la Acreditación y Evaluación del las Prácticas Sanitarias (INACEPS) como un organismo acreditador externo.

Asegurar y llevar a cabo la coordinación entre todas las instituciones y niveles en el ámbito de la calidad.

OBJETIVO 2:

DIFUNDIR LA PREOCUPACIÓN POR LA CALIDAD A TRAVÉS DE TODAS LAS ESTRUCTURAS Y ORGANIZACIONES DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL VALENCIANO.

JUSTIFICACIÓN:

Promover un cambio en la cultura organizativa orientado hacia la calidad total en todos los ámbitos y centros sanitarios de la Comunidad Valenciana.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

Elaboración, desarrollo y difusión de criterios técnicos para la formulación de políticas de calidad asistencial acordes con las necesidades de los centros y la política general de calidad de la organización, orientados a la redacción de planes de calidad específicos en cada centro.

Establecimiento de un Plan de Calidad específico por cada Centro de Atención Primaria, y centros y unidades de Atención Especializada.

Identificar áreas específicas de trabajo orientadas a la mejora de la calidad asistencial, promoviendo la coordinación interdisciplinar e intercentros para su desarrollo.

Promover, en todas las unidades sanitarias, la implantación de estructuras estables de calidad, como elementos de impulso, coordinación y seguimiento de las actividades de evaluación y mejora continua.

Implicar a los profesionales en el uso de la evaluación y la acreditación de prácticas, centros y servicios asistenciales como factores de motivación y de consolidación de las mejoras conseguidas.

OBJETIVO 3:

IMPLICAR ACTIVAMENTE A LOS PROFESIONALES EN LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA DE CALIDAD.

JUSTIFICACIÓN:

La introducción de la evaluación de la calidad asistencial en el funcionamiento interno de los centros sanitarios implica un cambio sustancial en su cultura funcional y requiere la participación de todo el personal sanitario, entendiéndose que se trata de una estrategia de colaboración en el proceso de mejora y excelencia de las prácticas sanitarias.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

Promover un cambio cultural hacia la calidad total en todos los ámbitos y centros de la Conselleria.

Liderar, impulsar y contribuir al establecimiento de estándares y la adaptación de guías de práctica (actuaciones y buenos procedimientos), en colaboración con los profesionales y las Sociedades Científicas, incorporando el mejor conocimiento disponible y buscando la reducción del riesgo clínico.

Constituir consejos técnicos participativos para la formulación de políticas de calidad asistencial en los centros de Atención Primaria y Especializada.

Estimular el debate y el intercambio de experiencias a través de la participación de los profesionales en foros de calidad.

Fomentar la participación y el trabajo de los profesionales en las líneas de mejora de la calidad de los centros.

OBJETIVO 4:

PROMOVER LA MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS MEDIANTE LA OPTIMIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

JUSTIFICACIÓN:

El aprovechamiento óptimo de las diversas herramientas que ofrecen los avances en las tecnologías de la información y las comunicaciones, como medio para acercar la información y los servicios sanitarios al ciudadano, es un factor clave en el éxito de las políticas de calidad basadas en la gestión del conocimiento y orientadas a dar respuesta a las necesidades y preferencias informadas de los ciudadanos.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

Promover la integración de toda la información sanitaria relevante a través de la unificación de los sistemas de información, simplificando la cooperación entre los distintos niveles asistenciales.

Facilitar el acceso a la información sanitaria a todos los agentes del sistema que la usan, centralizando la información relevante sobre la salud de los ciudadanos (historia clínica electrónica), potenciando la mejora de los sistemas de comunicación y desarrollando e implantando las herramientas apropiadas.

Orientar los sistemas de información a la toma de decisiones sobre los procesos asistenciales y a la mejora de la calidad.

Mantenimiento de un portal de la salud con información al ciudadano sobre los servicios sanitarios de la Conselleria y acceso a material educativo.

Formación y reciclaje de los profesionales en el manejo de las tecnologías de la información para el fomento de nuevos hábitos de trabajo y optimización de recursos, en el marco de una cultura de la calidad en el seno de la organización.

OBJETIVO 5:

MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE DE LA ASISTENCIA CLÍNICA, LA INFORMACIÓN Y EL TRATO RECIBIDOS.

JUSTIFICACIÓN:

Un sistema de calidad total que se articula alrededor de las necesidades y preferencias de los pacientes ha de favorecer la comunicación bidireccional con éstos, aportándoles la información adecuada para la toma de decisiones relevantes para su salud, al tiempo que captura la expresión de sus preferencias y la percepción que tienen del sistema sanitario.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

Orientar las actuaciones del sistema sanitario a la atención integral de los pacientes, para lograr su mejora continuada y el incremento de los niveles de salud de la población.

Evaluar permanentemente el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos y la percepción que los ciudadanos tienen de la calidad técnica y de servicio del dispositivo asistencial.

Incrementar las posibilidades de elección real e informada de los usuarios.

Establecer un programa de difusión y comunicación de las acciones emprendidas en el ámbito de la calidad a los ciudadanos.

Facilitar el acceso a la información sanitaria y a los servicios asistenciales.

Impulsar la participación de los ciudadanos en los planes de calidad de los centros y servicios, elaborando una adecuada política de información que optimice su conocimiento sobre el sistema sanitario, sus servicios y recursos.

OBJETIVO 6:

EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DEL MEJOR CONOCIMIENTO DISPONIBLE SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS NUEVAS INTERVENCIONES SANITARIAS.

JUSTIFICACIÓN:

La asistencia sanitaria experimenta una aceleración en sus capacidades. Continuamente aparecen nuevas estrategias diagnósticas o terapéuticas, al tiempo que el conocimiento sobre la eficacia de las distintas alternativas disponibles mejora sin cesar. Se precisa disponer de información actualizada sobre la eficacia, eficiencia y seguridad de las intervenciones sanitarias, así como de las consecuencias sociales de su aplicación.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

Apoyo a la organización en los mecanismos de incorporación, difusión y extensión de las tecnologías sanitarias contribuyendo a la adopción de decisiones informadas.

Facilitar a los responsables de la toma de decisiones sobre introducción, adopción, difusión y utilización de las tecnologías sanitarias la información disponible sobre su eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia documentada.

Analizar las informaciones sobre las tecnologías sanitarias, mediante la evaluación y seguimiento de la implantación de las nuevas apariciones utilizando conceptos de evidencia clínica y eficiencia social.

Evaluar el impacto asistencial y económico de la incorporación de nuevas tecnologías, así como su ubicación idónea.

Potenciar el uso racional de las nuevas tecnologías que han demostrado su efectividad y eficiencia.

OBJETIVO 7:

COMPROMISO PERMANENTE CON LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA IMPLEMENTAR CON ÉXITO LAS ESTRATEGIAS DE CALIDAD.

JUSTIFICACIÓN:

La implantación de estrategias generalizadas de evaluación participativa de la calidad exige de los profesionales un conocimiento adecuado de las técnicas e instrumentos desarrollados para su mejora y optimización.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

Promover un cambio cultural hacia la Calidad Total en el seno de la organización, orientando las acciones formativas de los profesionales hacia ese objetivo mediante su participación y responsabilidad.

Evaluar las necesidades formativas de los profesionales a través de métodos participativos que conduzcan a la elaboración de planes de formación continuada en gestión y calidad adaptados a las necesidades de cada centro.

Facilitar la adaptación y actualización constante de los conocimientos mediante la adecuada formación continuada en gestión y calidad.

Impulsar un plan de formación continuada en metodología y herramientas de calidad en los centros asistenciales, unido al desarrollo de proyectos de mejora continua.

Definir y desarrollar un plan de formación en metodología e instrumentos de calidad para grupos de mejora continua.

Promover, desarrollar y ejecutar los planes formativos en el ámbito de la calidad.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA

INVESTIGACIÓN

IV.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo básico de la parte empírica es contrastar el modelo que determina las variables relacionadas con la calidad con el que determina las variables relacionadas con la satisfacción de los usuarios con un hospital. Junto a este objetivo general se pretenden satisfacer una serie de objetivos más específicos, relacionados, en unos casos, con aspectos del modelo, y en otros con las peculiaridades del sector estudiado:

1. Diferenciar los modelos por tipo de hospital y por personal médico y de enfermería.
2. Determinar las variables clave que determinan la satisfacción con un hospital, tanto con el personal médico, como con el de enfermería, así como en global.
3. Respecto a los aspectos relativos al sector analizado, se pretende estudiar las diferencias en la formación de la satisfacción entre los usuarios de un hospital público, de uno privado y de uno público con gestión privada.
4. Otro objetivo es hacer recomendaciones que mejore la gestión de dichos organismos para optimizar resultados, proponiendo la introducción de nuevos parámetros en la gestión del personal de nuestras instituciones.
5. Aprovechando los factores clave y determinantes de la calidad percibida de los usuarios de nuestras instituciones, establecer Planes de Mejora Continua de Calidad.
6. Establecimiento de Programas de Medición de la Satisfacción de los usuarios de nuestras instituciones de forma sistemática y periódica a efectos de poder adaptarnos a sus necesidades.

IV.2. JUSTIFICACIÓN DEL SECTOR ELEGIDO

España convive una red hospitalaria pública con una red hospitalaria privada. Las idiosincrasias individuales no son relevantes en el caso de los hospitales públicos ni en los privados puesto que no existe un comportamiento de búsqueda variada ni una lealtad multimarca. La salud es un servicio fundamental para cualquier persona, donde el nivel

de implicación es muy elevado. No es un producto como las galletas, en el sentido de que a los consumidores les gusta la variedad y probar distintas marcas. En la salud, las personas buscan un servicio que les dé garantías, en el que puedan confiar, es decir, se les preste una asistencia sanitaria de calidad, puesto que es un claro caso de relación de agencia, con asimetría de información. Las personas suelen seguir acudiendo a aquel médico que les proporciona un servicio satisfactorio y que goza de su confianza. Por tanto, desde este punto de vista no existen influencias de las idiosincrasias individuales.

El estudio de los servicios públicos es un área prioritaria del Programa Marco de I+D+I de la Unión Europea. Además los servicios sanitarios tienen un gran impacto en la población, siendo ésta muy sensible a cualquier mejora o empeoramiento de los mismos. Ello le da al sector elegido una relevancia aún mayor.

Una vez justificado la elección del sector a nivel teórico, se va describir la situación de cada uno de los hospitales.

El Hospital de Sagunto (Valencia) es un hospital público, puesto en funcionamiento en 1982, perteneciente al Departamento de Salud 04 de la Agencia Valenciana de Salud, dependiente de la *Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana*. El sistema de gestión del hospital se basa en un equipo directivo formado por una dirección médica (gerencia del hospital), una subdirección médica, una dirección de enfermería, y una dirección de gestión. A nivel general, cada hospital público tiene un área geográfica de influencia, de tal manera que atiende a los pacientes de todos los centros de salud de atención primaria ubicados en esa zona. Recientemente, desde el año 2005, el director-gerente del hospital es también gerente de área, de tal manera que los centros de salud dependen directamente de él. Es por ello que está previsto que en el Hospital de Sagunto se ubique también el despacho de Director de Atención Primaria del Área de Salud III. El Área de Salud III comprende 51 municipios del norte de la provincia de Valencia (comarcas de *Camp de Morvedre* y *Horta Nord*) y del Sur de la provincia de Castellón (comarcas de la *Plana Baixa* y *Alto Palancia*). Aproximadamente cubre la asistencia hospitalaria de más de 125.000 habitantes. El hospital cuenta con 279 camas, y con servicios de Pediatría, Maternidad, Oncología, Hematología, Oftalmología, Medicina Interna, Psiquiatría, Cuidados Intensivos, Cirugía, Urología, Traumatología, ORL y Rehabilitación.

En cuanto a la toma de decisiones, conviene decir que el equipo directivo de cada hospital es elegido y nombrado directamente por la *Conselleria de Sanitat*. La toma de decisiones está muy centralizada, de tal manera que el equipo directivo del hospital se corresponde más con un equipo gestor de recursos que con un equipo de dirección empresarial. Es la *Dirección General de Atención Especializada* la que marca las directrices y los planes que después cada hospital debe desarrollar. Por ejemplo, se ha puesto en marcha un plan de humanización, con el objetivo de mejorar la atención y el trato del paciente, que todos los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana están implantando. Está en marcha también un plan de financiación por objetivos, de tal manera que, en base a unos indicadores generales, se fija unos objetivos a cada hospital. En base al cumplimiento de los mismos, el hospital recibe una parte de su financiación anual. No obstante, la realidad muestra que el ámbito de toma de decisiones del equipo directivo de un hospital es bastante reducido. Se circunscribe a la gestión de los recursos asignados por la *Conselleria de Sanitat* y a la implementación de los planes elaborados por esta misma *Conselleria*. Una muestra es que las encuestas de evaluación de la calidad las diseña y gestiona la propia *Conselleria* a través de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Los hospitales reciben un informe anual de sus valoraciones pero no tienen acceso a la base de datos. Finalmente señalar que el Hospital Público de Sagunto no posee ninguna certificación de calidad tipo ISO 9000.

Por otro lado el equipo directivo son profesionales de la sanidad y no profesionales de la gestión. Esta carencia en la formación es un handicap que se intenta solventar con la formación que imparte el *Instituto Valenciano de Estudios para la Salud* (EVES) y el *Instituto Valenciano de Administración Pública* (IVAP). Junto a ello existe una amplia oferta de cursos de especialización en gestión sanitaria ofertado tanto por organismos similares de otras comunidades autónomas o del gobierno central, como por universidades públicas y privadas.

El Hospital 9 de Octubre pertenece a una red privada de hospitales (NISA). El inicio de la historia de Hospitales Nisa se remonta a 1967, año en el que un grupo de médicos de la ciudad de Valencia constituyen la Sociedad Clínica Virgen del Consuelo, S.A. (180 camas y 15 quirófanos) Las actividades de la clínica se inician en Valencia capital en 1970. En 1991 la empresa adquiere el Hospital San Juan de Dios, que hoy en día se conoce como Hospital de Valencia al Mar (90 camas y 7 quirófanos). En 1992 se

cambia la denominación Sociedad Clínica Virgen del Consuelo S.A. por la actual NISA (Nuevas Inversiones en Servicios, S.A.) En 1993 se inaugura el Hospital 9 de Octubre en Valencia (310 camas y 21 quirófanos). En 1998 se incorpora el Hospital Aguas Vivas (50 camas y 5 quirófanos), y en 2000 el Centro de Diagnóstico por Imagen Dr. Sales, de Castellón. En el año 2003 se inaugura en Castellón el Hospital Rey Don Jaime (110 camas y 12 quirófanos), y se inician las obras del Hospital Sevilla-Aljarafe (320 camas y 21 quirófanos), en Castillejo de la Cuesta, municipio próximo a Sevilla capital. En 2005 se han iniciado las obras de remodelación del Hospital Pardo de Aravaca situado en Madrid, que contará con 121 habitaciones individuales y 12 quirófanos.

A continuación se detalla la actividad asistencial realizada por el grupo en el período 2002-2004 (tabla IV.1). Según datos de la empresa, el grupo colabora con unos 1.500 profesionales y da asistencia a más de 200.000 pacientes. El grupo cuenta con una plantilla de más de 1.000 profesionales con el objetivo atender las necesidades tanto de los pacientes como de los facultativos. Esta frase esconde una realidad que supone una diferencia importante con respecto a un hospital público. El hospital privado es una especie de hotel que se alquila al paciente, que viene acompañado del médico. Por tanto, mientras que el médico es un empleado fijo del sistema público, en el hospital privado es un público externo, que, normalmente, no tiene una vinculación laboral con el hospital. Por tanto, no solo existe libertad de elección de hospital por parte del paciente, sino también por parte del médico. Con lo cual la preocupación por la calidad y la satisfacción de estos públicos es un objetivo fundamental del grupo NISA.

Tabla IV.1. Actividad asistencial del grupo NISA 2002-2004

	2002	Media/día 2002	2003	Media/ día 2003	2004	Media/ día 2004
Ambulatorios	161.413	442	179.213	491	196.421	538
Estancias	130.318	358	130.670	358	131.835	361
Ingresos	41.991	118	41.994	112	42.629	117
Intervenciones y partos	43.776	120	42.693	117	43.233	118
Urgencias	105.738	290	114.525	314	130.813	358

En cuanto a la estructura organizativa, existe un Consejo de Administración a nivel de todo el grupo. Una Comisión Ejecutiva y la Gerencia del Grupo es la encargada de la planificación, ejecución y control de la gestión del grupo. Cada centro hospitalario cuenta con un Director.

Respecto al Hospital 9 de Octubre de Valencia, abarca todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Cuenta con un total de 310 camas (24 en la UCI) y 21 quirófanos. La gestión del hospital se realiza de manera totalmente empresarial. Una muestra es el interés por la calidad. En el año 2001 se inició un proceso de certificación de calidad según la norma ISO 9001: 2000. En una primera fase AENOR concedió esta certificación a los servicios de Nefrología (Hemodiálisis) del Hospital Virgen del Consuelo y el Centro de Resonancia Magnética Dr. Sales de Castellón (que desde noviembre de 2003 es el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Rey Don Jaime). En octubre de 2002 se certificaron los servicios de Medicina Nuclear del Hospital 9 de Octubre, los de Oncología Radioterápica y Pie Diabético del Hospital Virgen del Consuelo, las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales Virgen del Consuelo y del 9 de Octubre, y los servicios de Protección Radiológica y Formación en todos los hospitales del grupo NISA. En julio de 2003 se certificaron un numeroso grupo de

servicios, con el objetivo final de alcanzar una certificación global para todos los hospitales del grupo.

Junto a esta política de calidad hay otras señales que indican la gestión profesionalizada que se sigue en el grupo. La misión, la visión, los valores y los objetivos del grupo están especificados y accesibles para todo el mundo. A nivel de recursos humanos existe un plan de formación homologado por la *Conselleria de Sanitat* y un manual de acogida para los empleados nuevos. Todo ello es un síntoma de las claras diferencias de gestión que existen entre los dos modelos hospitalarios.

El Hospital de La Ribera es un hospital público, integrado en la red de hospitales de la *Conselleria de Sanitat* de la Generalitat Valenciana, y gestionado por una empresa privada, La Ribera Departamento 11 de Salud. El Hospital de La Ribera, que abrió sus puertas el 1 de enero de 1999, representa una novedad en el sistema público de salud español. Con este hospital se abre en la sanidad pública española una línea de colaboración entre la Administración como financiadora y la empresa privada como prestadora del servicio público. Este hospital está gestionado por una Unión Temporal de Empresas (UTE), La Ribera Departamento 11 de Salud, formada por las siguientes empresas: Adeslas, Bancaja y CAM, Dragados y Construcciones y Lubasa.

Gestión empresarial. La Ribera Departamento 11 de Salud no está sujeta a la Ley de contratos del Estado. Por eso, tiene mayor capacidad y rapidez de respuesta para satisfacer eventuales necesidades materiales de los diversos puntos asistenciales.

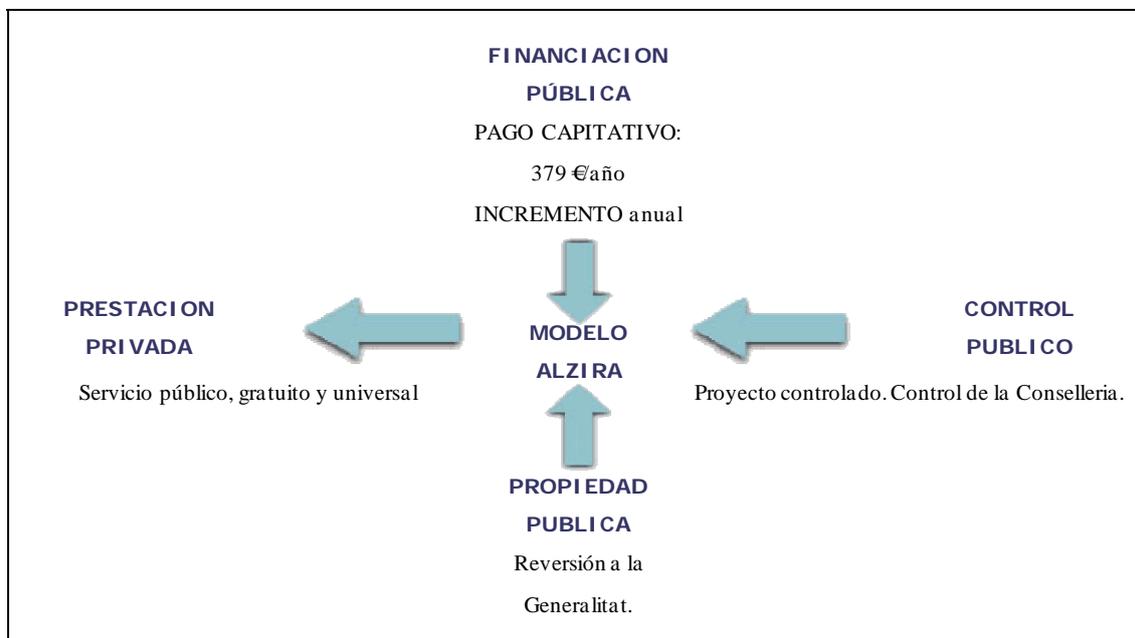
Relaciones laborales. En La Ribera Departamento 11 de Salud se convive personal laboral y personal estatutario. Es la primera institución pública de España en la que se produce esta convivencia. Los resultados son muy satisfactorios, sustentados en una relación de mutuo respeto y en la asunción de responsabilidades individuales.

Sistema de incentivación por objetivos. Los profesionales laborales de La Ribera Departamento 11 de Salud perciben importantes complementos salariales en concepto de incentivación por el cumplimiento de unos objetivos asistenciales fijados con carácter trimestral que responden a la planificación asistencial.

Unidades de gestión económica. Las diversas áreas del Hospital funcionan a modo de microempresas con el objetivo de lograr un mayor grado de eficiencia y que éste

redunde en un beneficio directo a los profesionales de cada área, vía incentivos económicos.

Figura IV.1. Modelo del Hospital de la Ribera (Alzira)



En su modalidad ambulatoria y hospitalaria, comprende todas las especialidades médicas y quirúrgicas legalmente reconocidas. El acceso del paciente se realiza, con carácter general, por indicación del médico de atención primaria para la asistencia ambulatoria y por indicación de un médico especialista o a través de los servicios de urgencia para la asistencia hospitalaria. A los servicios de referencia, que son aquellos muy especializados que sólo existen en determinados hospitales, se accede por indicación de otro servicio especializado.

IV.3. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Tal y como recomienda el método científico, con el fin de diseñar el cuestionario, se ha llevado a cabo una investigación cualitativa. Se han realizado dos dinámicas de grupo, una entre los gestores clínicos de los tres hospitales (Jefes de servicio y Jefes sección) y otra entre el personal médico y de enfermería integrantes de los servicios de Oftalmología y traumatología. Cada uno de los grupos que participaba en la Dinámica estaba constituido por un total de 9 participantes y la duración de las mismas fue de aproximadamente 2 horas. En estas dinámicas de grupo se han tenido en cuenta los tres

tipos de hospitales del estudio. Las dos dinámicas se realizaron en noviembre y diciembre de 2004. Con la finalidad de proceder a adaptar la Escala de Calidad General a los Hospitales en particular se procedió a su valoración mediante Círculos de calidad constituidos por personal integrante de los tres hospitales y se procedió a analizar los componentes o factores de las dimensiones de calidad mediante la utilización de la técnica del Brainstorming y Grupo Nominal. De esta forma se procedió a la identificación de las variables validas a tener en cuenta para el diseño del cuestionario por su repercusión directa sobre la Calidad Asistencial.

IV.4. ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Las escalas de medida utilizadas surgen como resultado de la revisión de la literatura y de la información obtenida en la investigación cualitativa. Para la medición de las variables se utilizaron escalas likert de 5 puntos. A continuación se recogen los ítems que comprenden dichas escalas:

Profesionalidad del personal

Tabla IV.2. Escala de medición de profesionalidad del personal

Código	Ítem cuestionario
P1.1	Conoce bien su trabajo / es competente / profesional
P1.2	Sus conocimientos están actualizados
P1.3	No comete errores

La evaluación de la confianza que inspira el personal del hospital

Tabla IV.3. Escala de medición de la confianza que inspira el personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P2.1	Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa
P2.2	Me he sentido cómodo preguntándole mis dudas
P2.3	Confío en sus cuidados

Empatía

Tabla IV.4. Escala de medición de la empatía del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P3.1	Siempre me explican las cosas para que las entienda
P3.2	Me escuchan
P3.3	Se muestran dispuestos a ayudarme

Capacidad de respuesta

Tabla IV.5. Escala de medición de la capacidad de respuesta del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P4.1	Siempre responde a preguntas
P4.2	Me atiende con rapidez
P4.3	Soluciona mis problemas
P4.4	Atienden mis quejas reclamaciones medicas

Conocimiento del Paciente

Tabla IV.6. Escala de medición del conocimiento del paciente por parte del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P5.1	Conocen mi historial clínico muy bien
P5.2	Disponen de información de mis antecedentes familiares
P5.3	Entienden claramente mis necesidades médicas

Trato recibido

Tabla IV.7. Escala de medición de la trato recibido del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P6.1	Son amables
P6.2	Me tratan con respeto
P6.3	Me dan una atención personalizada
P6.4	La forma de tratarme me hace sentir cómodo

Información que da el personal

Tabla IV.8. Escala de medición de información que da el personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P7.1	Me informan sobre mi estado de salud
P7.2	La información que me dan es clara
P7.3	Me informan de los medicamentos que me dan
P7.4	Me informan de los horarios de visita
P7.5	Me informan de las alternativas de mi tratamiento
P7.6	Me informan de las posibles complicaciones de mi enfermedad

Equipamiento disponible

Tabla IV.9. Escala de medición de equipamiento disponible del hospital

Código	Ítem cuestionario
P8.1	Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme
P8.2	El instrumental es moderno
P8.3	El instrumental está en buen uso

Coordinación del personal

Tabla IV.10. Escala de medición de coordinación del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P9.1	El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades
P9.2	El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades
P9.3	Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso

Dedicación que me da el personal

Tabla IV.11. Escala de medición de dedicacion que me da el personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P10.1	La duración de la visita es adecuada
P10.2	Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos
P10.3	Pasan visita por la tarde

Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas

Tabla IV.12. Escala de medición de Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas del hospital

Código	Ítem cuestionario
P11.1	Las salas de espera estan limpias
P11.2	Las salas de espera disponen de suficientes asientos para todos
P11.3	El ambiente de las salas de espera es agradable
P11.4	Las salas de espera son amplias
P11.5	Las consultas estan limpias
P11.6	Las consultas disponen del mobiliario adecuado
P11.7	Las consultas permiten la intimidad en la relación Médico/Paciente
P11.8	El ambiente de la consulta es agradable

Instalaciones del interior del servicio

Tabla IV.13. Escala de medición de Instalaciones del interior del servicio del hospital

Código	Ítem cuestionario
P12.1	Es fácil localizar en este servicio las instalaciones que buscan
P12.2	Las instalaciones del servicio son amplias
P12.3	El acceso a las instalaciones del servicio es fácil

Satisfacción

Para la medición de la satisfacción se pregunta a los entrevistados por la satisfacción con médicos, enfermería y en global.

IV.5. MUESTRA Y TRABAJO DE CAMPO

Respecto al estudio cuantitativo, se han realizado un total de 399 entrevistas personales distribuidas entre el hospital privado de Valencia capital (Hospital 9 de Octubre), el hospital público de Sagunto (Valencia) y el hospital público de gestión privada de Alzira.

Se realizaron 171 entrevistas en el Hospital Público de Sagunto, 92 en el Hospital Privado 9 de Octubre de Valencia, y 136 en el Hospital de Alzira, lo que hace un total de 399 encuestas. Esto da lugar a un error muestral del 5%, para un nivel de confianza del 95,5% y un $p=q=0,5$.

El Universo han sido individuos mayores de 18 años, que han utilizado los servicios externos y/o de hospitalización de alguno de estos dos hospitales al menos 3 veces durante los últimos 2 años. Esta decisión se tomó porque en las dinámicas se identificó la existencia de una mala imagen entre los jóvenes, que contrastaba con la buena valoración del colectivo de jubilados. Los universitarios habían acudido poco al hospital, por lo que parecían transmitir la valoración que les habían trasladado otros. Por ello se decidió entrevistar a individuos que contaran su propia experiencia, y que esta experiencia fuera reciente. Los 3 hospitales tienen un tamaño similar, y han asistido a un número de pacientes superior a 100.000 (lo que permite trabajar con un universo grande). El trabajo de campo se realizó en enero y febrero de 2005.

IV.6. SELECCIÓN DE LAS TÉCNICAS ESTADÍSTICAS

A partir de estos datos se pretenden realizar tres tipos de análisis:

1. En primer lugar se llevará a cabo un estudio de la dimensionalidad, fiabilidad y validez de las escalas utilizadas. Con ello se pretende asegurar que se está midiendo el constructo que se pretende medir. Este análisis también permitirá

depurar las escalas, eliminando aquellos ítems no significativos. La técnica que se utilizará será el Análisis Factorial Confirmatorio a través de la Técnica de Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM).

2. En segundo lugar se llevará a cabo un análisis descriptivo, con el fin de medir los niveles absolutos. Este análisis tiene una clara utilidad empresarial porque permite establecer el nivel de cada variable. En este análisis también se persigue establecer si existen diferencias significativas entre la muestra de usuarios de un hospital público y la muestra de usuarios de un hospital privado. Aunque desde el punto de vista de la gestión sí que existen diferencias entre uno y otro tipo de hospital, es necesario demostrar que tales diferencias justifican la segmentación de la muestra total en dos submuestras². Esto tiene implicaciones metodológicas, puesto que si existen suficientes diferencias significativas el contraste de los modelos se realizará de manera paralela en cada submuestra. Para esta parte se utilizará la técnica ANOVA que permite identificar diferencias significativas entre las medias de dos muestras independientes.
3. Finalmente, se procederá a realizar los modelos que determinan la formación de la satisfacción, a través de la Técnica de Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM) y más concretamente el Path Analysis.

Es obligado comentar que las técnicas multivariantes se basan en unas hipótesis de partida, que es necesario asegurar antes de su aplicación. La utilización de la técnica ANOVA y de Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM) supone la asunción de unos supuestos básicos. Más concretamente nos referimos a la normalidad multivariante de los datos, la homoscedasticidad, la linealidad y la independencia de las observaciones (Uriel y Aldás, 2005).

La normalidad se refiere a la distribución de cada variable. La violación de este supuesto supondría que se estaría incrementando el error tipo II, es decir, la probabilidad de no rechazar la hipótesis nula cuando ésta es, de hecho, falsa. Existen una serie de contrastes (*Saphiro-Wilk*, *Kolmogorov-Smirnov*, *Anderson-Darling*,

² Esta segmentación de la muestra es además recomendada por Uriel y Aldás (2005). A la hora de aplicar la técnica de Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM) sugieren dividir la muestra en submuestras independientes en las que contrastar de manera paralela el modelo.

Cramer-von Mises) y de procedimientos gráficos (*asimetría* y *curtosis*) para el análisis de la normalidad univariante. Para el análisis de la normalidad multivariante existen muy pocos contrastes (*Mardia-curtosis*, *Mardia-apuntamiento*, *Henze-Zirkler*). El método gráfico es muy similar a la normalidad univariante. Respecto a las consecuencias de la violación de este supuesto sobre las dos técnicas que vamos a utilizar en este estudio cabe decir que la no normalidad no tiene consecuencias sobre la técnica ANOVA, puesto que el hecho de que los residuos no se aproximen a una distribución normal no afecta de manera importante al estadístico F (Uriel y Aldás, 2005). Respecto a los Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM) la violación del supuesto de normalidad invalidaría las conclusiones del contraste por el incremento del error tipo II. En nuestro caso, para asegurar la normalidad de los datos, se toma como referencia la matriz de varianzas-covarianzas, calculada a partir de los datos normalizados tras aplicar el procedimiento *normal scores* ofrecido por PRELIS, que permite la normalización conjunta de las variables continuas objeto de análisis (Jöreskog y Sörbom, 1996a). Como resultado de este tratamiento previo, en todos los modelos parciales o totales contrastados los parámetros que determinan las relaciones entre las variables son siempre significativos, al ser los valores t asociados a los mismos superior a 1,96, y, además, se encuentran completamente estandarizados.

Respecto al segundo supuesto básico, la homoscedasticidad, conviene decir que se define de manera diferente según se hable de datos no agrupados (regresión lineal múltiple) o de datos agrupados (análisis de la varianza de un factor). En el primer caso la hipótesis de homoscedasticidad puede definirse como la asunción de que cada uno de los valores que puede tomar la distribución se mantiene constante para todos los valores de la otra variable continua. En el caso de datos agrupados la homoscedasticidad implica que la varianza de la variable continua es más o menos la misma en todos los grupos que conforma la variable no métrica que delimita los grupos. Para las técnicas que vamos a utilizar en este trabajo este supuesto no es trascendente. En el caso de la técnica ANOVA el estadístico F no se ve muy afectado por el hecho de que no exista homoscedasticidad, siempre que las muestras de los diferentes grupos sean del mismo o similar tamaño (como es el caso). En el caso de SEM la homoscedasticidad tampoco influye en la calidad de los resultados.

Respecto a la hipótesis de linealidad, hay que decir que es una asunción fundamental para todas aquellas técnicas que se centran en el análisis de las matrices de correlaciones o de varianzas-covarianzas, como el análisis factorial o los modelos de estructuras de covarianza. La razón es sencilla: el coeficiente de correlación de *Pearson* sólo podrá captar una relación si ésta es lineal. Desde este punto de vista las ecuaciones del modelo estructural son todas lineales como puede observarse:

Finalmente, con respecto a la hipótesis de independencia, cabe decir que dos observaciones se consideran que son independientes cuando los valores que toman las variables de ese caso no se ven influidos por las observaciones que hayan tomado en otro caso. Es decir, que las respuestas dadas por un individuo no influyen en las que dará otro. Según Uriel y Aldás (2005) la violación de este supuesto tiene influencias importantes sobre el nivel de significatividad y la potencia de las pruebas. En el procedimiento seguido las entrevistas han sido realizadas por entrevistadores profesionales, con el debido entrenamiento, y la selección de las unidades muestrales ha sido aleatoria. Todo ello garantiza el supuesto de la independencia.

Junto al estudio del cumplimiento de los supuestos básicos que permiten la utilización de las dos técnicas multivariantes seleccionadas, aún quedan algunas decisiones por tomar con respecto a la técnica de Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM). La primera decisión se refiere al procedimiento de estimación. Existen distintos procedimientos para realizar la estimación: máxima verosimilitud (ML), mínimos cuadrados generalizados (GLS), teoría de la distribución elíptica (EDT) y libre distribución asintótica (ADF). Un estudio de Hu, Bentler y Kano (1992), recogido por Uriel y Aldás (2005), comparó todos estos procedimientos mediante simulación de *Monte Carlo*. Se estudió como se comportaba cada procedimiento ante diferentes tamaños muestrales y ante la violación de las hipótesis de normalidad y de independencia. A la luz de los resultados de este estudio, Ullman (1996) realizó las siguientes recomendaciones en cuanto al procedimiento a utilizar en la técnica de Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM):

- Los métodos ML y GLS son la mejor opción con pequeñas muestras siempre que sea plausible la asunción de normalidad e independencia.

- En el caso en que ambos supuestos no parezcan razonables, se recomienda recurrir a la estimación ML denominada “escalada”.

Dado que la muestra es pequeña y que es plausible la asunción de los supuestos de normalidad e independencia, el procedimiento que se utilizará en este estudio será el de máxima verosimilitud (ML) (Jöreskog y Sörbom, 1989, 1996b).

En cuanto a los estadísticos para el contraste del modelo, Uriel y Aldás (2005) consideran que el primer estadístico a analizar es la *Chi-cuadrado*, puesto que es un estadístico que realiza un contraste global del modelo. Este estadístico debe utilizarse con precaución con muestras grandes (más de 500), dado que pequeñas diferencias entre la matriz de covarianzas muestral y la estimada serán evaluadas como significativas por el contraste. Esta limitación en las muestras grandes ha llevado a desarrollar más de 30 indicadores *ad hoc* de bondad del ajuste. Son indicadores de ajuste parcial. En el presente trabajo utilizaremos tres de los más significativos: RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), GFI (*Goodness of Fit Index*) y AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*). Para que un ajuste alcance buenos valores en estos indicadores el RMSEA debe ser próximo a 0, pero sin alcanzarlo; el GFI y el AGFI deben ser muy próximos a 1 pero sin igualarlo. En cualquier caso, el estadístico que debe guiar la mejora del ajuste de un modelo es la *chi-cuadrado*, intentando alcanzar un valor de *t* superior a 1,96.

Un último aspecto metodológico sobre el que Uriel y Aldás (2005) llaman la atención es en la importancia de tener en cuenta una serie de recomendaciones con el fin de tomar las decisiones adecuadas en la técnica de Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM). En este sentido, en el presente trabajo se seguirán todas sus sugerencias metodológicas:

1. Utilizar muestras grandes. Los modelos basados en menos de 100 o 150 casos llevan a modelos finales poco estables si las modificaciones se basan en los datos y en la teoría. En nuestro caso la muestra válida es de 399, lo cual es un tamaño que garantiza un error muestral bajo y un modelo final estable.
2. Hacer pocas modificaciones. Es posible que las primeras modificaciones puedan estar derivadas de un modelo que refleje las relaciones poblacionales; las siguientes, probablemente, reflejarán relaciones específicas de la muestra.

3. Realizar sólo aquellos cambios que puedan ser interpretados desde una perspectiva teórica o tengan soporte en trabajos precedentes. En todo caso, se deben detallar todos los cambios realizados sobre el modelo inicial.
4. Seguir un procedimiento paralelo de especificación. Siempre que sea posible, el investigador debería trabajar con dos muestras independientes. Si las dos muestras desembocan en las mismas especificaciones del modelo, se podrá tener una mayor confianza en la estabilidad del mismo. En este sentido, en el presente trabajo se pretende trabajar de manera paralela en tres muestras: la de usuarios de un hospital público, la de usuarios de un hospital privado y la de usuarios de un hospital público de gestión privada

CAPÍTULO V

RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

V.1. INTRODUCCIÓN

V.1. INTRODUCCIÓN

Tal y como se ha comentado, en primer lugar se estudiará la dimensionalidad, fiabilidad y validez de las escalas de medición utilizadas. A continuación se llevará a cabo un análisis descriptivo de los datos, diferenciando entre el servicio médico y el de enfermería, así como entre los hospitales de Sagunto, Alzira y 9 de Octubre. Finalmente se procederá al contraste de los modelos con modelos de ecuaciones estructurales.

V.2. DIMENSIONALIDAD, FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN

Se va a realizar un estudio de la dimensionalidad, fiabilidad y validez de cada uno de los constructos que conforman el modelo. Este análisis se realiza para el total de la muestra, diferenciándose entre servicio médico y de enfermería.

V.2.1. Profesionalidad del personal.

Respecto a la escala de Profesionalidad del Personal, las tablas V.1 y V.2 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. (ojo en todos hay que quitar un punto) La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (0,21 y 0,47), por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,91 y 0,90. Los ítems más importantes que contribuyen a formar la Profesionalidad del Personal son “Conoce bien su trabajo / es competente / profesional” (0,92 y 0,90) y “Sus conocimientos están actualizados” (0,93 y 0,90), y finalmente el ítem “No comete Errores” (0,79 y 0,81).

Tabla V.1. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de profesionalidad del personal
(Médico)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P1.1	Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	0,92 (fijo)
P1.2	Sus conocimientos están actualizados	0,93 (fijo)
P1.3	No comete errores	0,79 (18,64)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=1,54, gl=1, P=0,21, RMSEA=0,045, GFI= 0,99, AGFI=0,98		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,91		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.2. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de profesionalidad del personal
(P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P1.1	Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	0,90 (fijo)
P1.2	Sus conocimientos están actualizados	0,90 (fijo)
P1.3	No comete errores	0,81 (19,00)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,51, gl=1, P=0,47, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,90		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.2. La evaluación de la confianza que inspira el personal del hospital

Respecto a la escala de Confianza que inspira el Personal del Hospital, las tablas V.3 y V.4 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (0,24 y 0,59) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,94 y 0,97. Los ítems más importantes que contribuyen a formar la Confianza que inspira el Personal del Hospital son “Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa”(0,94 y 0,94) , “Me he sentido cómodo preguntándole mis dudas” (0,94 y 0,96) y finalmente el ítem “Confío en sus cuidados” (0,88 y 0,96).

Tabla V.3. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la confianza que inspira el personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P2.1	Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa	0,94 (Fijo)
P2.2	Me he sentido cómodo preguntándole mis dudas	0,94 (Fijo)
P2.3	Confío en sus cuidados	0,88 (25,70)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,24, gl=1, P=0,63, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,94		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.4. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la confianza que inspira el personal del hospital (P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P2.1	Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa	0,94 (Fijo)
P2.2	Me he sentido cómodo preguntándole mis dudas	0,96 (Fijo)
P2.3	Confío en sus cuidados	0,96 (42,42)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,59, gl=1, P=0,10, RMSEA=0,08, GFI= 0,99, AGFI=0,96		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,97		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.3. Empatía

Respecto a la escala de Empatía del Personal del Hospital, las tablas V.5 y V.6 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (0,79 y 0,21) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,37 y 0,65. Los ítems más importantes que contribuyen a formar la Empatía del Personal del Hospital son “Siempre me explican las cosas para que las entienda” (0,92 y 0,94), “Me escuchan” (0,93 y 0,92), “ Se muestran dispuestos a ayudarme” (0,93 y 0,99).

Tabla V.5. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la empatía del personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P3.1	Siempre me explican las cosas para que las entienda	0,92(Fijo)
P3.2	Me escuchan	0,93(Fijo)
P3.3	Se muestran dispuestos a ayudarme	0,93(31,49)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,79, gl=1, P=0,37, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,95		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.6. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la empatía del personal del hospital (P.Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P3.1	Siempre me explican las cosas para que las entienda	0,94(48,59)
P3.2	Me escuchan	0,92(48,59)
P3.3	Se muestran dispuestos a ayudarme	0,99(Fijo)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,21, gl=1, P=0,65, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,97		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.4. Capacidad de respuesta

Respecto a la escala de Capacidad de Respuesta del Personal del Hospital, las tablas V.7 y V.8 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (7,22 y 1,79) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,90 y 0,90. Los ítems más importantes que contribuyen a formar la Capacidad de Respuesta del Personal del Hospital son “Siempre responde a preguntas” (0,87 y 0,86), “ Me atiende con rapidez” (0,80 y 0,79), “Soluciona mis problemas” (0,95 y 0,96), “ Atienden mis quejas reclamaciones medicas” (0,94 y 0,94).

Tabla V.7. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la Capacidad de Respuesta del personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P4.1	Siempre responde a preguntas	0,87 (30,30)
P4.2	Me atiende con rapidez	0,80 (30,30)
P4.3	Soluciona mis problemas	0,95 (Fijo)
P4.4	Atienden mis quejas reclamaciones medicas	0,94 (Fijo)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=7,22, gl=4, P=0,12, RMSEA=0,055, GFI= 0,99, AGFI=0,97		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,90		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.8. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la Capacidad de Respuesta del personal del hospital (P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P4.1	Siempre responde a preguntas	0,86 (30,86)
P4.2	Me atiende con rapidez	0,79 (30,86)
P4.3	Soluciona mis problemas	0,96 (Fijo)
P4.4	Atienden mis quejas reclamaciones medicas	0,94 (31,51)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=1,79, gl=2, P=0,41, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,98		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,90		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.5. Conocimiento del Paciente

Respecto a la escala del Conocimiento del Paciente del Personal del Hospital, las tablas V.9 y V.10 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (0,63 y 1,07) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,93 y 0,96. Los ítems más importantes que contribuyen a formar el Conocimiento del Paciente del Personal del Hospital son “Conocen mi historial clínico muy bien” (0,92 y 0,96), “ Disponen de información de mis antecedentes familiares” (0,90 y 0,92), “Entienden claramente mis necesidades médicas” (0,90 y 0,94).

Tabla V.9. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala del Conocimiento del Paciente del personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P5.1	Conocen mi historial clínico muy bien	0,92 (Fijo)
P5.2	Disponen de información de mis antecedentes familiares	0,90 (Fijo)
P5.3	Entienden claramente mis necesidades médicas	0,90 (Fijo)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,63, gl=2, P=0,73, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,93		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.10. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala del Conocimiento del Paciente del personal del hospital (P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P5.1	Conocen mi historial clínico muy bien	0,96 (Fijo)
P5.2	Disponen de información de mis antecedentes familiares	0,92 (Fijo)
P5.3	Entienden claramente mis necesidades médicas	0,94 (Fijo)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=1,07, gl=2, P=0,58, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,96		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.6. Trato recibido

Respecto a la escala del Trato Recibido del Personal del Hospital, las tablas V.11 y V.12 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (0,97 y 1,76) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,93 y 0,96. Los ítems más importantes que contribuyen a formar el Trato Recibido del Personal del Hospital son “Son amables” (0,80 y 0,96), “Me tratan con respeto” (0,79 y 0,96), “Me dan una atención personalizada” (0,89 y 0,87), “La forma de tratarme me hace sentir cómodo” (0,98 y 0,93).

Tabla V.11. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de Trato Recibido del personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P6.1	Son amables	0,80 (19,21)
P6.2	Me tratan con respeto	0,79 (18,92)
P6.3	Me dan una atención personalizada	0,89 (25,51)
P6.4	La forma de tratarme me hace sentir cómodo	0,98 (Fijo)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,97, gl=1, P=0,32, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,98		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,93		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.12. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de Trato Recibido del personal del hospital (P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P6.1	Son amables	0,96 (Fijo)
P6.2	Me tratan con respeto	0,96 (Fijo)
P6.3	Me dan una atención personalizada	0,87 (31,00)
P6.4	La forma de tratarme me hace sentir cómodo	0,93 (Fijo)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=1,76, gl=2, P=0,41, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,98		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,96		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.7. Información que da el personal

Respecto a la escala de la Información que da el Personal del Hospital, las tablas V.13 y V.14 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (6,12 y 0,52) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,96 y 0,96. Los ítems más importantes que contribuyen a formar la Información que da el personal del hospital son “Me informan sobre mi estado de salud” (0,95 y 0,96), “La información que me dan es clara” (0,95 y 0,94), “Me informan de los medicamentos que me dan” (0,83 y 0,91), “Me informan de los horarios de visita” (0,70 y 0,87), “Me informan de las alternativas de mi tratamiento” (0,90), “Me informan de las posibles complicaciones de mi enfermedad” (0,95). Como se puede

observar, los 2 últimos ítems solo son valorados para el personal médico pues valoran funciones no propias del personal de enfermería.

Tabla V.13. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la Información que da el personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P7.1	Me informan sobre mi estado de salud	0,95 (Fijo)
P7.2	La información que me dan es clara	0,95 (102,69)
P7.3	Me informan de los medicamentos que me dan	0,83 (20,84)
P7.4	Me informan de los horarios de visita	0,70 (14,59)
P7.5	Me informan de las alternativas de mi tratamiento	0,90 (24,96)
P7.6	Me informan de las posibles complicaciones de mi enfermedad	0,95 (31,25)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=6,12, gl=4, P=0,19, RMSEA=0,044, GFI= 0,99, AGFI=0,96		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,96		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.14. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la Información que da el personal del hospital (P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P7.1	Me informan sobre mi estado de salud	0,96 (Fijo)
P7.2	La información que me dan es clara	0,94 (32,87)
P7.3	Me informan de los medicamentos que me dan	0,91 (28,57)
P7.4	Me informan de los horarios de visita	0,87 (25,29)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,52, gl=2, P=0,98, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,96		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.8. Equipamiento disponible

Respecto a la escala del Equipamiento disponible del personal del Hospital, las tablas V.15 y V.16 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (0,89 y 2,67) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,98 y 0,99. Los ítems más importantes que contribuyen a formar el Equipamiento disponible del personal del hospital son “Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme” (0,96 y 0,98), “El instrumental es moderno” (0,98 y 1,00), “El instrumental está en buen uso” (1,01 y 0,99).

Tabla V.15. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala del Equipamiento disponible del personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P8.1	Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme	0,96 (Fijo)
P8.2	El instrumental es moderno	0,98 (Fijo)
P8.3	El instrumental está en buen uso	1,01 (166,26)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,89, gl=1, P=0,34, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,98		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.16. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala del Equipamiento disponible del personal del hospital (P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P8.1	Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme	0,98 (Fijo)
P8.2	El instrumental es moderno	1,00 (Fijo)
P8.3	El instrumental está en buen uso	0,99 (113,75)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=2,67, gl=1, P=0,10, RMSEA=0,079, GFI= 0,99, AGFI=0,96		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,99		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.9. Coordinación del personal

Respecto a la escala de la Coordinación del personal del Hospital, las tablas V.17 y V.18 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (2,41 y 0,42) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,93 y 0,95. Los ítems más importantes que contribuyen a formar la Coordinación del Personal del Hospital son “El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades” (0,95 y 0,94), “El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades” (0,91 y 0,93), “Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso” (0,86 y 0,90).

Tabla V.17. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la Coordinación del personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P9.1	El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades	0,95 (Fijo)
P9.2	El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades	0,91 (Fijo)
P9.3	Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso	0,86 (23,60)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=2,41, gl=1, P=0,12, RMSEA=0,072, GFI= 0,99, AGFI=0,96		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,93		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.18. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la Coordinación del personal del hospital (P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P9.1	El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades	0,94 (Fijo)
P9.2	El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades	0,93 (Fijo)
P9.3	Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso	0,90 (27,96)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,42, gl=1, P=0,52, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,95		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.10. Dedicación que me da el personal

Respecto a la escala de la Dedicación que me da el personal del Hospital, las tablas V.1.19 y V.1.20 muestran el carácter unidimensional del constructo tanto para los Médicos como para el Personal de Enfermería. La probabilidad asociada a la chi-cuadrado alcanza un valor superior a 0,05 (0,05 y 0,07) por lo que existe un ajuste global de los modelos. La validez convergente queda demostrada al ser las cargas factoriales superiores a 0,5. La fiabilidad compuesta de la escala es elevada al situarse el estadístico que la determina en un valor de 0,80 y 0,88. Los ítems más importantes que contribuyen a formar la Dedicación que me da el personal del Hospital son “La duración de la visita es adecuada” (0,58 y 0,72), “Pasan visita de lunes a sábado ambos incluidos” (0,84 y 0,90), “Pasan visita por la tarde” (0,84 y 0,90).

Tabla V.19. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la Dedicación que me da el personal del hospital (Médicos)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P10.1	La duración de la visita es adecuada	0,58 (9,82)
P10.2	Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos	0,84 (Fijo)
P10.3	Pasan visita por la tarde	0,84 (Fijo)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,05, gl=1, P=0,83, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,80		

* En paréntesis el estadístico t.

Tabla V.20. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de la Dedicación que me da el personal del hospital (P. Enfermería)

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P10.1	La duración de la visita es adecuada	0,72 (14,82)
P10.2	Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos	0,90 (Fijo)
P10.3	Pasan visita por la tarde	0,90 (Fijo)
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=0,07, gl=1, P=0,79, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,88		

* En paréntesis el estadístico t.

V.2.11. Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas

Respecto a la escala de Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas del Hospital, en la tabla V.21 se muestra el carácter bidimensional del constructo, formado por la valoración de las salas de espera y de las consultas.

Tabla V.1.11.1

Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas del hospital

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial F1 *	Carga factorial F2 *
P11.1	Las salas de espera están limpias	0,59	
P11.2	Las salas de espera disponen de suficientes asientos para todos	0,75	
P11.3	El ambiente de las salas de espera es agradable	0,75	
P11.4	Las salas de espera son amplias	0,81	
P11.5	Las consultas estan limpias		0,64
P11.6	Las consultas disponen del mobiliario adecuado		0,74
P11.7	Las consultas permiten la intimidad en la relación Médico/Paciente		0,79
P11.8	El ambiente de la consulta es agradable		0,83
AJUSTE DEL MODELO			
Chi-cuadrado=24,38, gl=15, P=0,059, RMSEA=0,042, GFI= 0,98, AGFI=0,96			
FIABILIDAD COMPUESTA F1: 0,93			
FIABILIDAD COMPUESTA F2: 0,92			
FIABILIDAD COMPUESTA global: 0,98			
El intervalo de confianza de las correlaciones no incluye la unidad			

* En paréntesis el estadístico t

V.2.12. Instalaciones del interior del servicio

Respecto a la escala de Instalaciones del interior del servicio del Hospital, en la tabla V.22 se muestra el carácter unidimensional del constructo.

Tabla V.22. Dimensionalidad, fiabilidad y validez escala de las Instalaciones del interior del servicio

Código	Ítem cuestionario	Carga factorial *
P12.1	Es fácil localizar en este servicio las instalaciones que buscan	0,92
P12.2	Las instalaciones del servicio son amplias	0,94
P12.3	El acceso a las instalaciones del servicio es fácil	0,95
AJUSTE DEL MODELO		
Chi-cuadrado=1,10, gl=2, P=0,58, RMSEA=0,000, GFI= 0,99, AGFI=0,99		
FIABILIDAD COMPUESTA: 0,93		

* En paréntesis el estadístico t.

V.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

A continuación se procede a describir las características de la muestra. Tras ello se realizará un análisis descriptivo estudiando cada una de las variables consideradas en el modelo. Para ello se tienen en cuenta los ítems resultantes del análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez realizado en el apartado anterior

V.3.1. Perfil de la muestra

Con el fin de demostrar la aleatoriedad en la selección de las unidades muestrales, en primer lugar estudiaremos el número de especialidades en el que se han realizado las

encuestas. Como puede observarse en las tablas V.23 a V.28, en cada hospital se han realizado entrevistas en las especialidades de oftalmología y traumatología. Dentro de estas especialidades se han realizado encuestas tanto en lo que se refiere en la modalidad asistencial en regimen de Hospitalización como de Consultas Externas, todo ello referido al ámbito hospitalario. A su vez tambien se han realizado encuestas de pacientes ambulatorios en los centros de especialidades en aquellos casos en que los organos directivos lo han considerado oportuno.

Veamos a continuación la distribución de las encuestas en lo que se refiere a los tres hospitales seleccionados en función del tipo de gestión/financiación aplicada

Tabla V.23. Hospital Público de Sagunto-servicios

	Frecuencia	Porcentaje
Oftalmología	86	50,3
Traumatología	85	49,7

Tabla V.24. Hospital Público de Sagunto-unidad

	Frecuencia	Porcentaje
C. Externas	127	74,3
Hospitalización	44	25,7
C. Especialidades	0	0

Tabla V.25. Hospital Público de Alzira -servicios

	Frecuencia	Porcentaje
Oftalmología	51	38,3
Traumatología	82	61,7

Tabla V.26. Hospital Público de Alzira -unidad

	Frecuencia	Porcentaje
C. Externas	0	0
Hospitalización	109	85,8
C. Especialidades	18	14,2

Tabla V.27. Hospital Público de 9 de Octubre -servicios

	Frecuencia	Porcentaje
Oftalmología	51	57,3
Traumatología	38	42,7

Tabla V.28. Hospital Público de 9 de Octubre -unidad

	Frecuencia	Porcentaje
C. Externas	42	56,0
Hospitalización	33	44,0
C. Especialidades	0	0

Una vez vista la distribución de las encuestas, pasaremos a comentar los datos de clasificación con el fin de tener una idea clara del perfil de la muestra en la que se contrasta el modelo.

Como podemos observar la edad media de los pacientes de los tres hospitales son similares. La edad de todos ellos, como podemos apreciar es alta en los tres hospitales y ello se justifica por el envejecimiento e incremento de la esperanza de vida de la población y fundamentalmente porque los servicios y unidades escogidas para su análisis corresponden a especialidades que prestan asistencia especializada a patologías propias de la edad avanzada (fracturas cadera, cataratas, etc..).

Tabla V.29. Edad media de los usuarios

SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
61,22	64,22	63,72

Respecto al nivel de estudios, el perfil del usuario de estos hospitales también se puede considerar similar , pues la mayoría de los pacientes se pueden agrupar en el intervalo comprendido entre Primarios incompletos y de primer grado en el caso de los tres hospitales y ello resulta congruente con la edad de los pacientes subsidiarios de los servicios estudiados, ya que la actividad fundamental que primaba en las tres poblaciones en su edad laboral era la perteneciente al sector primario (Agrícola)

Tabla V.30. Nivel de estudios de los usuarios

	SAGUNTO		ALZIRA		9 DE OCTUBRE	
	n	%	n	%	n	%
Sin estudios	6	3,5	11	9,3	10	11,8
Primarios incompletos (EGB sin terminar)	79	46,2	1	0,8	50	58,8
Primer grado(EGB Terminada)	57	33,3	64	54,2	14	16,5
Segundo grado (primer ciclo BUP FPI)	13	7,6	30	25,4	5	5,9
Segundo grado(segundo ciclo COU FPII)	12	7,0	9	7,6	2	2,4
Tercer Grado Medio (Universitarios medios)	3	1,8	1	0,8	2	2,4
Tercer grado superior (Universitarios Superiores)	1	0,6	2	1,7	2	2,4

Respecto a los ingresos de los usuarios, no se aprecian grandes diferencias , ya que la mayoría de ellos consideran que tienen unos ingresos que se agrupan entre el intervalo comprendido entre Por debajo y Aproximadamente a la media. Destacar que en el caso del hospital de sagunto un elevado porcentaje considera sus ingresos estan por debajo (70%), cifra que iguala a la de aquellos que consideran que sus ingresos son aproximadamente igual a la media(73%).

Tabla V.31. ¿Considera que los ingresos totales que entran en su hogar en comparación con la media nacional se encuentran....?

	SAGUNTO		ALZIRA		9 DE OCTUBRE	
	n	%	n	%	n	%
Muy por debajo	18	10,8	19	15,6	1	1,3
Por debajo	70	41,9	39	32,0	33	41,3
Aproximadamente igual a la media	73	43,7	62	50,8	45	56,3
Por encima	6	3,6	2	1,6	1	1,3
Muy por encima	0	0	0	0	0	0

El número de miembros del hogar tampoco descubre ninguna diferencia respecto al número de miembros medio del hogar.

Tabla V.32. Número medio de miembros del hogar

SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
2,54	2,63	2,62

Finalmente destacar que la mujer es la principal usuaria del hospital público y privado(57,6 % y 60,7%), mientras que predomina el hombre en el caso de hospital público de gestión privada (55,5%).

Tabla V.33. Sexo

	SAGUNTO		ALZIRA		9 DE OCTUBRE	
	n	%	n	%	n	%
Hombre	72	42,4	71	55,5	33	39,3
Mujer	98	57,6	57	44,5	51	60,7

Por tanto, los datos relativos al perfil de las tres muestras no permiten identificar diferencias relevantes entre los tres tipos de hospitales. El usuario de los tres hospitales podría definirse como una persona mayor de 60 años, con un nivel de estudios bajo, que está jubilado o trabaja en el hogar, y con un nivel de ingresos medio-bajo. Pero, para corroborar la segmentación realizada, y poder trabajar paralelamente en dos submuestras (Uriel y Aldás, 2005), profundizaremos en sus características a través del análisis descriptivo de los datos y estudiando las diferencias significativas.

V.3.2. Análisis descriptivo de los resultados

El análisis descriptivo se realizará variable por variable, tomando las escalas de medición resultantes del análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez realizado. En este análisis se estudiarán las medias y se analizará la existencia de diferencias significativas de medias entre las tres muestras (hospital público, hospital público de Gestión privada y hospital privado) a través de la técnica ANOVA.

V.3.2.1. Profesionalidad del personal

En primer lugar se estudia la profesionalidad del personal. En la tabla V.34 se recogen los ítems que conforman la escala tras el análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez.

Tabla V.34. Escala de medición de profesionalidad del personal

Código	Ítem cuestionario
P1.1	Conoce bien su trabajo / es competente / profesional
P1.2	Sus conocimientos están actualizados
P1.3	No comete errores

Como puede observarse en la tabla V.35 las valoraciones medias para los médicos son altas en los 3 hospitales. Partiendo de esta realidad, al compararse la profesionalidad de los médicos en los 3 hospitales pueden observarse las siguientes diferencias significativas. Para el hospital de Alzira la valoración media de los 3 ítems relacionados con la profesionalidad del personal médico resulta significativamente superior que la valoración del hospital de Sagunto. Sin embargo al compararlo con el hospital 9 de Octubre estas diferencias únicamente se producen en los dos primeros ítems. De la comparación entre el hospital de Sagunto y el 9 de octubre se determina que no existen diferencias significativas para ninguno de los ítems considerados.

Tabla V.35. Medias y diferencias significativas para la profesionalidad del personal (Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,44 ^a	4,76 ^b	4,41 ^a
Sus conocimientos están actualizados	4,39 ^a	4,76 ^b	4,33 ^a
No comete errores	4,15 ^a	4,54 ^b	4,29 ^{ab}

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes.

Como puede observarse en la Tabla V.36, las valoraciones medias para el Personal de Enfermería son altas en los tres hospitales. Partiendo de esta realidad, al compararse la profesionalidad del personal de enfermería en los tres hospitales pueden observarse las siguientes diferencias significativas. Para el Hospital de Alzira la valoración media de los 3 ítems relacionados con la profesionalidad del personal de enfermería resulta significativamente superior que la valoración del Hospital de Sagunto y 9 de Octubre, significación que desaparece cuando comparamos el hospital de Sagunto con el 9 de Octubre, donde no se aprecian diferencias significativas.

Tabla V.36. Medias y diferencias significativas para la profesionalidad del personal (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,43 ^a	4,80 ^b	4,42 ^a
Sus conocimientos están actualizados	4,36 ^a	4,75 ^b	4,36 ^a
No comete errores	4,14 ^a	4,61 ^b	4,30 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes.

En la tablas siguientes e observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados de la profesionalidad de los médicos y del personal de enfermería de los tres hospitales.

Tabla V.37. Medias y diferencias significativas para la profesionalidad del personal.
Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,44	4,43	0,786
Sus conocimientos están actualizados	4,39	4,36	0,398
No comete errores	4,15	4,14	0,794

Tabla V.38. Medias y diferencias significativas para la profesionalidad del personal.
Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,76	4,80	0,368
Sus conocimientos están actualizados	4,76	4,75	0,416
No comete errores	4,54	4,61	0,059

Tabla V.39. Medias y diferencias significativas para la profesionalidad del personal.
Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,41	4,42	1,000
Sus conocimientos están actualizados	4,33	4,36	0,159
No comete errores	4,29	4,30	0,321

V.3.2.2. La evaluación de la confianza que inspira el personal del hospital

En este aspecto se evalúan la confianza que inspira el personal del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará la confianza que inspira el personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.40. Escala de medición de la confianza que inspira el personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P2.1	Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa
P2.2	Me he sentido cómodo preguntándole mis dudas
P2.3	Confío en sus cuidados

En la tabla V.40 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición de la confianza que inspira el personal del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez. Hay que decir que las valoraciones conseguidas por los 3 hospitales en lo referente al personal médico, son muy altas y similares en lo que respecta a los dos primeros ítems, en los que no existen diferencias significativas. No ocurre lo mismo en lo referente al tercer ítem donde sale mejor valorado el Hospital de Alzira. Prácticamente en todos los ítems se superan los 4,3 puntos sobre un máximo de 5. Esto tiene bastante sentido si tenemos en cuenta que los profesionales sanitarios de los hospitales públicos y de los privados suelen ser los mismos en muchas ocasiones y que en el caso de aplicar criterios empresariales de gestión y tener por consiguiente una mayor normalización de procesos y por consiguiente mayor evaluación y control, el número de errores disminuye.

Tabla V.41. Medias y diferencias significativas para la confianza que inspira el personal del hospital (Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,56 ^a	4,62 ^a	4,55 ^a
Sus conocimientos están actualizados	4,57 ^a	4,63 ^a	4,49 ^a
No comete errores	4,58 ^a	4,79 ^b	4,54 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes.

En la tabla V.42 se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados de la profesionalidad del personal de enfermería entre el hospital de Alzira y el 9 de Octubre, no ocurriendo lo mismo cuando comparamos el hospital de Alzira con el de Sagunto donde sí se aprecian diferencias significativas en lo que respecta a los 3 ítems, donde el hospital de Alzira sale mejor valorado.

Tabla V.42. Medias y diferencias significativas para la confianza que inspira el personal del hospital (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,57 ^a	4,76 ^b	4,61 ^{ab}
Sus conocimientos están actualizados	4,54 ^a	4,72 ^b	4,60 ^{ab}
No comete errores	4,57 ^a	4,75 ^b	4,60 ^{ab}

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan la confianza que inspira el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso de hospital público de Sagunto no existen diferencias significativas entre el personal médico y de enfermería respecto de los tres ítems valorados, mientras que en el Hospital Público de Gestión Privada(Alzira) existen diferencias significativas en lo que al primer ítem se refiere y en el hospital privado 9 de Octubre las diferencias se extienden a los dos últimos ítems.

Tabla V.43. Medias y diferencias significativas para la confianza que inspira el personal del hospital. Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,56	4,57	0,778
Sus conocimientos están actualizados	4,57	4,54	0,467
No comete errores	4,58	4,57	0,879

Tabla V.44. Medias y diferencias significativas para la confianza que inspira el personal del hospital. Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,62	4,76	0,004
Sus conocimientos están actualizados	4,63	4,72	0,086
No comete errores	4,79	4,75	0,132

Tabla V.45. Medias y diferencias significativas para la confianza que inspira el personal del hospital. Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
Conoce bien su trabajo / es competente / profesional	4,55	4,61	0,103
Sus conocimientos están actualizados	4,49	4,60	0,011
No comete errores	4,54	4,60	0,045

V.3.2.3. Empatía

En este aspecto se evalúa la Empatía que inspira el personal del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará la Empatía que inspira el personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.46.. Escala de medición de la empatía del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P3.1	Siempre me explican las cosas para que las entienda
P3.2	Me escuchan
P3.3	Se muestran dispuestos a ayudarme

En la tabla V.46 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición de la Empatía que inspira el personal del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez. Hay que decir que las valoraciones conseguidas por los tres hospitales del estudio son muy altas (tabla V.47) y similares en lo que respecta a los tres ítems, en los que no existen diferencias significativas, en lo que respecta al personal médico. Prácticamente en todos los ítems se superan los 4,4 puntos sobre un máximo de 5.

Tabla V.47

Medias y diferencias significativas para empatía (Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Siempre me explican las cosas para que las entienda	4,53	4,58	4,49
Me escuchan	4,47	4,62	4,49
Se muestran dispuestos a ayudarme	4,58	4,71	4,53

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

En la tabla V.48 se observa que existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados de la Empatía del personal de enfermería, entre el Hospital de Sagunto y el Hospital de Alzira, siendo mejor valorado respecto a los 3 ítems que representan la empatía éste último donde se superan en todos los ítems los 4.6 puntos sobre un total de 5. No existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y el Hospital 9 de Octubre, ni de éste último con el Hospital de Alzira.

Las diferencias entre el Hospital de Sagunto y Hospital de Alzira podrían explicarse por la práctica de una Política de Gestión de Recursos Humanos sometida a una mayor evaluación y control del Desempeño del Puesto de Trabajo por parte de los Gestores del Hospital de Alzira.

Tabla V.48. Medias y diferencias significativas para empatía (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Siempre me explican las cosas para que las entienda	4,49 ^a	4,75 ^b	4,59 ^{ab}
Me escuchan	4,45 ^a	4,69 ^b	4,57 ^{ab}
Se muestran dispuestos a ayudarme	4,50 ^a	4,74 ^b	4,57 ^{ab}

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan la Empatía que inspira el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso de hospital público de Gestión Privada(Alzira) y Hospital Privado 9 de Octubre, existen diferencias significativas en lo que a los 2 primeros ítems se refiere, mientras que en el Hospital público de Sagunto no existen diferencias significativas entre la valoración efectuada entre Personal Médico y el de Enfermería.

Tabla V.49. Medias y diferencias significativas para empatía. Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
Siempre me explican las cosas para que las entienda	4,53	4,49	0,259
Me escuchan	4,47	4,45	0,607
Se muestran dispuestos a ayudarme	4,58	4,50	0,530

Tabla V.50. Medias y diferencias significativas para empatía. Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
Siempre me explican las cosas para que las entienda	4,58	4,75	0,016
Me escuchan	4,62	4,69	0,011
Se muestran dispuestos a ayudarme	4,71	4,74	0,697

Tabla V.51. Medias y diferencias significativas para empatía. Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
Siempre me explican las cosas para que las entienda	4,49	4,59	0,006
Me escuchan	4,49	4,57	0,019
Se muestran dispuestos a ayudarme	4,53	4,57	0,320

Las diferencias significativas existentes en los 2 primeros ítems, tanto para el Hospital de Alzira como para el 9 de Octubre, a favor del Personal de Enfermería podría explicarse por la mayor disponibilidad de tiempo dedicado a Tareas de Cuidado , Control y Seguimiento directo de los pacientes y menor tiempo de dedicación a Tareas Clínico-Quirúrgicas.

V.3.2.4. Capacidad de respuesta

En este aspecto se evalúan la capacidad de respuesta que inspira el personal del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará la capacidad de respuesta que inspira el personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.52. Escala de medición de la capacidad de respuesta del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P4.1	Siempre responde a preguntas
P4.2	Me atiende con rapidez
P4.3	Soluciona mis problemas
P4.4	Atienden mis quejas reclamaciones medicas

En la tabla V.52 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición de la capacidad de respuesta que inspira el personal del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez. Hay que decir que las valoraciones conseguidas por los tres hospitales son muy altas (tabla V.53), superando los 4 puntos sobre un máximo de 5 puntos, respecto a lo que a personal médico se refiere. Como podemos apreciar en la tabla, existen diferencias significativas si comparamos el Hospital de Sagunto con el Hospital de Alzira para todos los ítems, a favor de éste último. Si comparamos el Hospital de Sagunto con el 9 de Octubre vemos que estas diferencias significativas desaparecen, salvo en lo que respecta al 2 ítem (me atiende con rapidez), en el que sale mejor valorado el Hospital 9 de Octubre. Si comparamos el Hospital de Alzira con el 9 de Octubre se observan diferencias significativas en lo que a los 3 ítems se refiere.

Tabla V.53. Medias y diferencias significativas para capacidad de respuesta (Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Siempre responde a preguntas	4,50 ^a	4,73 ^b	4,47 ^a
Me atiende con rapidez	4,04 ^a	4,66 ^b	4,33 ^c
Soluciona mis problemas	4,37 ^a	4,79 ^b	4,45 ^a
Atienden mis quejas reclamaciones medicas	4,43 ^a	4,74 ^b	4,50 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

En la tabla V.54 se observa que existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados de la capacidad de respuesta del personal de enfermería. Entre los 3 hospitales del estudio en lo que se refiere a los 3 últimos ítems, siendo mejor valorado el Hospital de Alzira quien supera los 4.70 puntos sobre un máximo posible de 5. No ocurre lo mismo para el primer ítem, donde solo existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y Hospital de Alzira a favor de éste último.

Tabla V.54. Medias y diferencias significativas para capacidad de respuesta (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Siempre responde a preguntas	4,42 ^a	4,79 ^b	4,60 ^{ab}
Me atiende con rapidez	3,96 ^a	4,72 ^b	4,47 ^c
Soluciona mis problemas	4,31 ^a	4,80 ^b	4,53 ^c
Atienden mis quejas reclamaciones medicas	4,36 ^a	4,79 ^b	4,56 ^c

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan la capacidad de respuesta que inspira el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que para el Hospital de Sagunto y el de Alzira no existen diferencias significativas. En el Hospital 9 de Octubre existen diferencias significativas para los dos primeros ítems, siendo mejor valorado el personal de enfermería.

Tabla V.55. Medias y diferencias significativas para capacidad de respuesta.

Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
Siempre responde a preguntas	4,50	4,42	0,063
Me atiende con rapidez	4,04	3,96	0,159
Soluciona mis problemas	4,37	4,31	0,138
Atienden mis quejas reclamaciones medicas	4,43	4,36	0,074

Tabla V.56. Medias y diferencias significativas para capacidad de respuesta.
Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
Siempre responde a preguntas	4,73	4,79	0,158
Me atiende con rapidez	4,66	4,72	0,355
Soluciona mis problemas	4,79	4,80	0,566
Atienden mis quejas reclamaciones medicas	4,74	4,79	0,181

Tabla V.57. Medias y diferencias significativas para capacidad de respuesta.
Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
Siempre responde a preguntas	4,47	4,60	0,006
Me atiende con rapidez	4,33	4,47	0,004
Soluciona mis problemas	4,45	4,53	0,132
Atienden mis quejas reclamaciones medicas	4,50	4,56	0,417

V.3.2.5. Conocimiento del Paciente

En este aspecto se evalúan los conocimientos que tiene el personal del hospital sobre el paciente y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará el conocimiento del paciente por parte del personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.58. Escala de medición del conocimiento del paciente por parte del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P5.1	Conocen mi historial clínico muy bien
P5.2	Disponen de información de mis antecedentes familiares
P5.3	Entienden claramente mis necesidades médicas

En la tabla V.58 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición del conocimiento del paciente por el personal del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez.

En la tabla V.59, podemos observar que entre el hospital de Sagunto y el 9 de Octubre no existen diferencias significativas para el 1 y 3 ítem en lo referente al personal médico, si existiendo diferencias para el segundo ítem. Cuando comparamos Sagunto y 9 de Octubre con el Hospital de Alzira, sí existen diferencias significativas para los tres ítems, saliendo mucho mejor valorado el Hospital de Alzira quien supera los 4.6 puntos sobre un máximo posible de 5. Esta diferencia podría explicarse por la existencia de un mayor control y evaluación del desempeño de puestos de trabajo en el Hospital de Alzira, pero contrasta con el Hospital 9 de Octubre, donde los resultados deberían ser similares al ser la política de Recursos Humanos más flexible que la política de personal aplicada en los hospitales públicos. Por ello, estas diferencias podrían explicarse por la cultura del personal, pues en el caso del Hospital 9 de Octubre la mayor parte del personal médico procede del sector público, donde compagina actividades.

Tabla V.59. Medias y diferencias significativas para conocimiento del paciente
(Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Conocen mi historial clínico muy bien	4,16 ^a	4,76 ^b	4,07 ^a
Disponen de información de mis antecedentes familiares	3,92 ^a	4,62 ^b	3,93 ^c
Entienden claramente mis necesidades médicas	4,18 ^a	4,73 ^b	4,23 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

En la tabla V.60 se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados sobre el conocimiento del paciente por parte del personal de enfermería entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre, si existiendo marcadas diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre con el Hospital de Alzira, siendo mucho mejor valorado este último.

Tabla V.60. Medias y diferencias significativas para conocimiento del paciente (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Conocen mi historial clínico muy bien	4,12 ^a	4,78 ^b	4,04 ^a
Disponen de información de mis antecedentes familiares	3,89 ^a	4,68 ^b	3,93 ^a
Entienden claramente mis necesidades	4,14 ^a	4,81 ^b	4,19 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan la valoración sobre el conocimiento del paciente que tiene el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que no existen diferencias significativas ni en el Hospital de Sagunto ni en el de Alzira. En el Hospital 9 de Octubre solo existen diferencias significativas respecto al 3 ítem, en el cual sale mejor valorado el personal médico.

Tabla V.61. Medias y diferencias significativas para conocimiento del paciente.

Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
Conocen mi historial clínico muy bien	4,16 ^a	4,12 ^a	0,195
Disponen de información de mis antecedentes familiares	3,92 ^a	3,89 ^a	0,275
Entienden claramente mis necesidades médicas	4,18 ^a	4,14 ^a	0,210

Tabla V.62. Medias y diferencias significativas para conocimiento del paciente.
Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
Conocen mi historial clínico muy bien	4,76 ^b	4,78 ^b	1,000
Disponen de información de mis antecedentes familiares	4,62 ^b	4,68 ^b	0,057
Entienden claramente mis necesidades médicas	4,73 ^b	4,81 ^b	0,181

Tabla V.63. Medias y diferencias significativas para conocimiento del paciente.

Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
Conocen mi historial clínico muy bien	4,07 ^a	4,04 ^a	0,181
Disponen de información de mis antecedentes familiares	3,93 ^c	3,93 ^a	0,567
Entienden claramente mis necesidades médicas	4,23 ^a	4,19 ^a	0,013

V.3.2.6. Trato recibido

En este aspecto se evalúa el trato que ha recibido el paciente por parte del personal del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará el trato recibido por parte del personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.64. Escala de medición de la trato recibido del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P6.1	Son amables
P6.2	Me tratan con respeto
P6.3	Me dan una atención personalizada
P6.4	La forma de tratarme me hace sentir cómodo

En la tabla V.64 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición del trato recibido por el personal del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez. Hay que decir que las valoraciones conseguidas por los tres hospitales son muy altas (tabla V.65) en lo referente al personal médico. Prácticamente en todos los ítems se superan los 4,5 puntos sobre un máximo de 5.

Tabla V.65. Medias y diferencias significativas para trato recibido (Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Son amables	4,73	4,79	4,67
Me tratan con respeto	4,76 ^{a,b}	4,87 ^a	4,70 ^b
Me dan una atención personalizada	4,56 ^a	4,84 ^b	4,60 ^a
La forma de tratarme me hace sentir cómodo	4,67 ^a	4,86 ^b	4,69 ^{a,b}

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Si comparamos el Hospital de Sagunto con el Hospital 9 de Octubre, podemos observar que no existen diferencias significativas para ninguno de los 4 ítems que conforman y valoran el Trato Recibido. Si comparamos el Hospital de Sagunto con el Hospital de Alzira podemos apreciar diferencias significativas solo para el 3 y 4 ítem, saliendo mejor el Hospital de Alzira. Cuando comparamos el Hospital 9 de Octubre con el

Hospital de Alzira observamos que solo existen diferencias significativas para el 2 y 3 ítem, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira.

En la tabla V.66 se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados para el Trato recibido por parte del personal de enfermería entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre. Cuando comparamos el Hospital de Sagunto con el Hospital de Alzira, vemos que existen diferencias significativas, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira quien supera los 4.8 puntos sobre un máximo de 5 posible. Cuando comparamos el Hospital de Alzira con el 9 de Octubre, estas diferencias significativas desaparecen salvo para el 4 ítem, donde sale mejor valorado el Hospital de Alzira.

Tabla V.66. Medias y diferencias significativas para trato recibido (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Son amables	4,66 ^a	4,88 ^b	4,74 ^{a,b}
Me tratan con respeto	4,64 ^a	4,91 ^b	4,77 ^{a,b}
Me dan una atención personalizada	4,48 ^a	4,84 ^b	4,62 ^{a,b}
La forma de tratarme me hace sentir cómodo	4,64 ^a	4,91 ^b	4,70 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan la valoración sobre el Trato Recibido por el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso del Hospital público de Sagunto

existen diferencias significativas para los 3 primeros ítems entre el personal médico y de enfermería, saliendo mejor valorado el personal médico (tabla V.67). En la tabla V.68, podemos ver que en el caso del Hospital de Alzira solo existen diferencias significativas para el primer ítem (son amables), saliendo mejor valorado el personal de enfermería). En la tabla V.69, podemos observar que para el Hospital 9 de Octubre no se aprecian diferencias significativas entre la valoración que realizan los pacientes del personal médico y de enfermería en lo que respecta al trato recibido.

Tabla V.67. Medias y diferencias significativas para trato recibido. Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
Son amables	4,73	4,66	0,037
Me tratan con respeto	4,76	4,64	0,000
Me dan una atención personalizada	4,56	4,48	0,009
La forma de tratarme me hace sentir cómodo	4,67	4,64	0,224

Tabla V.68. Medias y diferencias significativas para trato recibido. Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
Son amables	4,79	4,88	0,045
Me tratan con respeto	4,87	4,91	0,083
Me dan una atención personalizada	4,84	4,84	0,140
La forma de tratarme me hace sentir cómodo	4,86	4,91	1,000

Tabla V.69. Medias y diferencias significativas para trato recibido. Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
Son amables	4,67	4,74	0,158
Me tratan con respeto	4,70	4,77	0,181
Me dan una atención personalizada	4,60	4,62	10,000
La forma de tratarme me hace sentir cómodo	4,69	4,70	0,320

V.3.2.7. Información que da el personal

En este aspecto se evalúa la información que da el personal del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará la información que proporciona el personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.70. Escala de medición de información que da el personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P7.1	Me informan sobre mi estado de salud
P7.2	La información que me dan es clara
P7.3	Me informan de los medicamentos que me dan
P7.4	Me informan de los horarios de visita
P7.5	Me informan de las alternativas de mi tratamiento
P7.6	Me informan de las posibles complicaciones de mi enfermedad

En la tabla V.70 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición de la confianza que inspira el personal del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez.

En la tabla V.71 podemos ver que entre el Hospital de Sagunto y el Hospital de Alzira no existen diferencias significativas en la valoración que realizan los encuestados respecto de la información que les proporciona el personal médico y de enfermería del hospital. Cuando comparamos el Hospital de Alzira con el Hospital 9 de Octubre se aprecian diferencias significativas para los ítems 1, 2, 5 y 6, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira.

En la tabla V.72 se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados para la información que da el personal de enfermería entre

el Hospital de Sagunto y el Hospital 9 de Octubre. Si se observan diferencias significativas entre estos 2 hospitales anteriores y el Hospital de Alzira para los 3 primeros ítems, saliendo mejor valorado el hospital de Alzira.

Tabla V.71. Medias y diferencias significativas para información que da el personal (Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Me informan sobre mi estado de salud	4,60 ^a	4,74 ^a	4,35 ^b
La información que me dan es clara	4,56 ^{a,b}	4,76 ^a	4,42 ^b
Me informan de los medicamentos que me dan	4,63 ^a	4,62 ^{ab}	4,37 ^b
Me informan de los horarios de visita	4,35	4,33	4,38
Me informan de las alternativas de mi tratamiento	4,54 ^a	4,48 ^a	4,16 ^b
Me informan de las posibles complicaciones de mi enfermedad	4,61 ^a	4,64 ^a	4,35 ^b

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Tabla V.372. Medias y diferencias significativas para información que da el personal (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Me informan sobre mi estado de salud	4,50 ^a	4,77 ^b	4,51 ^a
La información que me dan es clara	4,41 ^a	4,81 ^b	4,54 ^a
Me informan de los medicamentos que me dan	4,43 ^a	4,77 ^b	4,46 ^a
Me informan de los horarios de visita	4,52	4,61	4,55

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan la información que proporciona el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso del Hospital público de Sagunto, se aprecian diferencias significativas para el 2, 3 y 4 ítems. En el caso del 2 y 3 ítems, sale mejor valorado el personal médico, no ocurriendo lo mismo para el 4 ítem, donde sale mejor valorado el personal de enfermería. Respecto al Hospital de Alzira no existen diferencias significativas para los 3 primeros ítems, tan solo existen diferencias significativas para el 4 ítem (me informan de los horarios de visita), donde sale mejor valorado el personal de enfermería. En el Hospital 9 de Octubre existen diferencias significativas en los 2 primeros ítems, donde sale mejor valorado el personal de enfermería.

Tabla V.73. Medias y diferencias significativas para información que da el personal.
Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
Me informan sobre mi estado de salud	4,60	4,50	0,052
La información que me dan es clara	4,56	4,41	0,003
Me informan de los medicamentos que me dan	4,63	4,43	0,000
Me informan de los horarios de visita	4,35	4,52	0,002

Tabla V.74. Medias y diferencias significativas para información que da el personal.
Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
Me informan sobre mi estado de salud	4,74	4,77	0,836
La información que me dan es clara	4,76	4,81	1,000
Me informan de los medicamentos que me dan	4,62	4,77	0,059
Me informan de los horarios de visita	4,33	4,61	0,000

Tabla V.75. Medias y diferencias significativas para información que da el personal.
Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
Me informan sobre mi estado de salud	4,35	4,51	0,005
La información que me dan es clara	4,42	4,54	0,004
Me informan de los medicamentos que me dan	4,37	4,46	0,088
Me informan de los horarios de visita	4,38	4,55	0,055

V.3.2.8. Equipamiento disponible

En este aspecto se evalúa la equipamiento disponible del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará la información que proporciona el personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.76. Escala de medición de equipamiento disponible del hospital

Código	Ítem cuestionario
P8.1	Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme
P8.2	El instrumental es moderno
P8.3	El instrumental está en buen uso

En la tabla V.76 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición del equipamiento disponible del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez.

En la tabla V.77 podemos ver que existen diferencias significativas entre los tres Hospitales en lo referente a los dos primeros ítems, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira seguido del Hospital 9 de Octubre. En lo que respecta al tercer ítem (el instrumental está en buen uso) no existen diferencias entre el Hospital de Sagunto y el Hospital 9 de Octubre, pero sí existen en lo referente a estos dos con el Hospital de Alzira, donde sale mejor valorado con una puntuación de 4.81 sobre un máximo posible de 5. Cabe resaltar la puntuación obtenida en los tres ítems por el Hospital de Alzira, superando en todos los 4.80 puntos. Esta valoración podría explicarse bien por una mayor inversión en equipamiento con un mayor índice de renovación del instrumental y mejor mantenimiento del mismo.

En la tabla V.78 se observa que existen diferencias significativas entre los tres Hospitales en lo que se refiere al primer ítem, siendo mucho mejor valorado el Hospital

de Alzira. Respecto al segundo y tercer ítem, no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y el 9 de Octubre, que no superan los 3.95 puntos, mientras que si existen diferencias entre estos dos últimos y el Hospital de Alzira quien supera los 4.83 puntos.

Tabla V.77. Medias y diferencias significativas para equipamiento disponible (Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme	3,76 ^a	4,82 ^b	4,06 ^c
El instrumental es moderno	3,71 ^a	4,80 ^b	3,97 ^c
El instrumental está en buen uso	3,75 ^a	4,81 ^b	3,99 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Tabla V.78. Medias y diferencias significativas para equipamiento disponible (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme	Ojo hay que subir los datos a la celda de arriba y margen izquierdo (como el anterior) 3,77 ^a	4,84 ^b	4,08 ^c
El instrumental es moderno	idem 3,72 ^a	4,83 ^b	3,91 ^a
El instrumental está en buen uso	idem 3,75 ^a	4,84 ^b	3,95 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan el equipamiento disponible del personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que no existen diferencias significativas en ninguno de los tres hospitales, salvo en el caso del Hospital 9 de Octubre y para el segundo ítem, donde sale mejor valorado el equipamiento disponible del personal médico.

Tabla V.79. Medias y diferencias significativas para equipamiento disponible.
Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme	arriba3,76	3,77	0,656
El instrumental es moderno	arriba3,71	3,72	0,407
El instrumental está en buen uso	arriba3,75	3,75	0,656

Tabla V.80. Medias y diferencias significativas para equipamiento disponible.
Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme	arriba4,82	4,84	0,764
El instrumental es moderno	arriba4,80	4,83	0,656
El instrumental está en buen uso	arriba4,81	4,84	0,319

Tabla V.81. Medias y diferencias significativas para equipamiento disponible.
Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme	arriba4,06	4,08	0,567
El instrumental es moderno	arriba3,97	3,91	0,024
El instrumental está en buen uso	arriba3,99	3,95	0,083

V.3.2.9. Coordinación del personal

En este aspecto se evalúa la coordinación del personal del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará la coordinación del personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.82. Escala de medición de coordinación del personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P9.1	El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades
P9.2	El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades
P9.3	Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso

En la tabla V.82 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición de la coordinación del personal del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez.

En la tabla V.83 podemos ver que no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre, sí existiendo éstas cuando comparamos estos dos hospitales con el Hospital de Alzira, donde sale mejor valorado el Hospital de Alzira, que supera en los tres ítems los 4.50 puntos sobre un máximo de 5. Esto denota la existencia de un mayor grado de organización y planificación del proceso asistencias y mayor grado de comunicación horizontal entre las distintas unidades médicas del Hospital. Lo mismo sucede para el personal de enfermería, saliendo mucho mejor valorada la coordinación del personal en el caso de Hospital de Alzira.

En la tabla V.84 se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados para la coordinación del personal de enfermería entre el Hospital de Sagunto y el Hospital 9 de Octubre. Si se observan diferencias significativas

entre estos 2 hospitales anteriores y el Hospital de Alzira para los 3 primeros ítems, saliendo mejor valorado el hospital de Alzira.

Tabla V.83. Medias y diferencias significativas para coordinación del personal
(Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades	arriba4,10 ^a	4,68 ^b	3,98 ^a
El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades	arriba4,05 ^a	4,54 ^b	3,99 ^a
Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso	arriba4,09 ^a	4,64 ^b	4,20 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Tabla V.84. Medias y diferencias significativas para coordinación del personal (P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades	arriba4,05 ^a	4,72 ^b	4,03 ^a
El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades	arriba4,01 ^a	4,60 ^b	4,02 ^a
Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso	arriba4,08 ^a	4,71 ^b	4,26 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan la coordinación del personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que no existe ninguna diferencia significativa entre el personal médico y de enfermería tanto en el caso del Hospital de Sagunto como en el del Hospital de Alzira. En el caso del Hospital 9 de Octubre, se aprecia la existencia de una diferencia significativa en lo que respecta al primer ítem, saliendo mejor valorado el personal de enfermería.

Tabla V.85. Medias y diferencias significativas para coordinación del personal.

Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades	arriba4,10	4,05	0,071
El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades	arriba4,05	4,01	0,299
Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso	arriba4,09	4,08	0,819

Tabla V.86. Medias y diferencias significativas para coordinación del personal.
Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades	arriba4,68	4,72	0,529
El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades	arriba4,54	4,60	0,083
Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso	arriba4,64 ^b	4,71	0,319

Tabla V.87. Medias y diferencias significativas para coordinación del personal.
Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades	arriba3,98	4,03	0,024
El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades	arriba3,99	4,02	0,058
Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso	arriba4,20	4,26	0,103

V.3.2.10. Dedicación que me da el personal

En este aspecto se evalúa la dedicación que me da el personal del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará la dedicación que proporciona el personal del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.88. Escala de medición de dedicacion que me da el personal del hospital

Código	Ítem cuestionario
P10.1	La duración de la visita es adecuada
P10.2	Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos
P10.3	Pasan visita por la tarde

En la tabla V.88 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición de la dedicación que proporciona el personal del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez.

En la tabla V.89 podemos ver que en lo referente al primer ítem, no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y el 9 de Octubre, pero sí entre estos dos y el Hospital de Alzira, saliendo mejor valorado este último. Respecto al segundo ítem existen diferencias significativas entre los dos Hospitales, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira y el peor valorado el 9 de Octubre. En lo que respecta al tercer ítem no existen diferencias entre el Hospital de Alzira y 9 de Octubre, pero sí de estos dos con el Hospital de Sagunto, quien sale como el peor valorado de todos.

En la tabla V.90 se observa que en el caso de personal de enfermería no existen diferencias significativas para los dos primeros ítems entre el Hospital de Sagunto y el 9 de Octubre, pero sí de estos dos con el Hospital de Alzira, quien supera los 4.60 puntos. En lo referente al 3º ítem existen diferencias significativas entre los tres hospitales,

siendo el mejor valorado el Hospital de Alzira y el peor el Hospital de Sagunto quien no llega a alcanzar los 3 puntos sobre un máximo posible de 5.

Tabla V.89. Medias y diferencias significativas para dedicacion que me da el personal (Médico)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
La duración de la visita es adecuada	4,13 ^a	4,55 ^b	4,16 ^a
Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos	3,34 ^a	4,30 ^b	2,97 ^c
Pasan visita por la tarde	2,82 ^a	4,14 ^b	4,06 ^b

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Tabla V.90. Medias y diferencias significativas para dedicacion que me da el personal
(P. enfermería)

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
La duración de la visita es adecuada	4,12 ^a	4,76 ^b	4,27 ^a
Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos	3,37 ^a	4,69 ^b	3,10 ^a
Pasan visita por la tarde	2,98 ^a	4,68 ^b	4,13 ^c

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Como podemos observar en las tablas que a continuación se exponen y que comparan la dedicación del personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso de hospital público de Sagunto, no se aprecian diferencias significativas salvo para el 3 ítem, saliendo mejor valorado el personal de enfermería.. En el caso del Hospital de Alzira se aprecian diferencias significativas entre el personal médico y de enfermería para los tres ítems, saliendo mejor valorado el personal de enfermería. Lo mismo sucede en el caso del Hospital 9 de Octubre.

Tabla V.91. Medias y diferencias significativas para dedicacion que me da el personal.
Comparación Médico-P enfermería. Sagunto

Ítem cuestionario	SAGUNTO		
	Médico	P. Enfermería	P
La duración de la visita es adecuada	4,13	4,12	0,889
Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos	3,34	3,37	0,371
Pasan visita por la tarde	2,82	2,98	0,007

Tabla V.92. Medias y diferencias significativas para dedicacion que me da el personal.
Comparación Médico-P enfermería. Alzira

Ítem cuestionario	ALZIRA		
	Médico	P. Enfermería	P
La duración de la visita es adecuada	4,55	4,70	0,008
Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos	4,30	4,69	0,000
Pasan visita por la tarde	4,14	4,68	0,000

Tabla V.93. Medias y diferencias significativas para dedicacion que me da el personal.
Comparación Médico-P enfermería. 9 de Octubre

Ítem cuestionario	9 DE OCTUBRE		
	Médico	P. Enfermería	P
La duración de la visita es adecuada	4,16	4,27	0,018
Pasan visita de lunes a sabado ambos incluidos	2,97	3,10	0,004
Pasan visita por la tarde	4,0	4,13	0,007

V.3.2.11. Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas

En este aspecto se evalúa la Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiará la comodidad de las salas de espera y las consultas del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.94. Escala de medición de Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas del hospital

Código	Ítem cuestionario
P11.1	Las salas de espera estan limpias
P11.2	Las salas de espera disponen de suficientes asientos para todos
P11.3	El ambiente de las salas de espera es agradable
P11.4	Las salas de espera son amplias
P11.5	Las consultas estan limpias
P11.6	Las consultas disponen del mobiliario adecuado
P11.7	Las consultas permiten la intimidad en la relación Médico/Paciente
P11.8	El ambiente de la consulta es agradable

En la tabla V.94 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición de la comodidad de las salas de espera y las consultas del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez.

En la tabla V.95 podemos ver que para el 1 ítem no existen diferencias entre el Hospital de Alzira y 9 de Octubre, pero sí se aprecian entre estos hospitales y el Hospital de Sagunto, saliendo mejor valorados los anteriores. Para el 2 y 3 ítem no existen

diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y Alzira, pero sí entre estos y el Hospital 9 de Octubre quien sale mejor valorado.

Para el 4, 5, 6, 7, 8 ítems, si bien no existen diferencias significativas entre el Hospital de Alzira y el Hospital 9 de Octubre donde sale mejor valorado el Hospital de Alzira, sí existen diferencias significativas entre estos últimos y el Hospital de Sagunto.

Tabla V.95. Medias y diferencias significativas para Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
P11.1	4,26 ^a	4,54 ^b	4,57 ^b
P11.2	3,95 ^a	3,81 ^a	4,33 ^b
P11.3	3,94 ^a	4,07 ^a	4,44 ^b
P11.4	3,98 ^a	4,39 ^b	4,37 ^b
P11.5	4,32 ^a	4,69 ^b	4,63 ^b
P11.6	4,18 ^a	4,68 ^b	4,49 ^b
P11.7	4,16 ^a	4,63 ^b	4,53 ^b
P11.8	4,15 ^a	4,64 ^b	4,57 ^b

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

V.3.2.12. Instalaciones del interior del servicio

En este aspecto se evalúa la Instalaciones del interior del servicio del hospital y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Primero se estudiarán las instalaciones del interior del servicio del hospital y posteriormente se abordará el análisis de la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.

Tabla V.96. Escala de medición de Instalaciones del interior del servicio del hospital

Código	Ítem cuestionario
P12.1	Es fácil localizar en este servicio las instalaciones que buscan
P12.2	Las instalaciones del servicio son amplias
P12.3	El acceso a las instalaciones del servicio es fácil

En la tabla V.96 pueden observarse los ítems que conforman la escala de medición de las las instalaciones del interior del servicio del hospital, tras los análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez.

En la tabla V.97 podemos ver que no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre, si bien si existen cuando comparamos estos dos con el Hospital de Alzira, quien sale mejor valorado al obtener una puntuación que supera los 4.50 puntos sobre un máximo posible de 5.

Tabla V.97. Medias y diferencias significativas para Instalaciones del interior del servicio

Ítem cuestionario	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
P12.1	4,23 ^a	4,51 ^b	4,18 ^a
P12.2	4,17 ^a	4,53 ^b	4,22 ^a
P12.3	4,23 ^a	4,56 ^b	4,18 ^a

^{a, b} Los valores medios con el mismo superíndice no son significativamente diferentes. Los valores con diferente superíndice son significativamente diferentes. En caso de no aparecer superíndices es que no hay diferencias significativas entre los hospitales.

V.4. LA FORMACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

V.4.1. La formación de la satisfacción. Hospital de Sagunto

V.4.1.1 Personal médico

En la tabla V.98 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para el personal médico del hospital de Sagunto. En la formación de la satisfacción del médico influyen la confianza (0,27) y el trato recibido (0,34). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con el personal médico (0,70) y por la coordinación del personal (0,16).

Tabla V.98. Formación de la satisfacción. Hospital de Sagunto. Personal médico

CALIDAD → SATISFACCIÓN MÉDICO	
Profesionalidad del personal → Satisfacción con el médico	n.s.
Confianza → Satisfacción con el médico	0,27 (3,22)

Empatía → Satisfacción con el médico	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción con el médico	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción con el médico	n.s.
Trato recibido → Satisfacción con el médico	0,34 (3,94)
Información ofrecida → Satisfacción con el médico	n.s.
Equipamiento → Satisfacción con el médico	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción con el médico	n.s.
Dedicación → Satisfacción con el médico	n.s.
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Profesionalidad del personal → Satisfacción global	n.s.
Confianza → Satisfacción global	n.s.
Empatía → Satisfacción global	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción global	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción global	n.s.
Trato recibido → Satisfacción global	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción global	n.s.
Equipamiento → Satisfacción global	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción global	0,16 (3,18)
Dedicación → Satisfacción global	n.s.
SATISFACCIÓN MÉDICO → SATISFACCIÓN GLOBAL	

Satisfacción con el médico → Satisfacción global	0,70 (12,45)
Ajuste del modelo	
Chi-square=17,30, gl=17, P=0,43; RMSEA=0,011; GFI=0,98; AGFI=0,92	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.1.2 Personal de enfermería

En la tabla V.99 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para el personal de enfermería del hospital de Sagunto. En la formación de la satisfacción del personal de enfermería influyen la profesionalidad del personal (0,13), la confianza (0,13), el trato recibido (0,26) y la información ofrecida (0,17). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con el personal de enfermería (0,76) y por la coordinación del personal (0,12).

Tabla V.99. Formación de la satisfacción. Hospital de Sagunto. Personal enfermería

CALIDAD → SATISFACCIÓN ENFERMERÍA	
Profesionalidad del personal → OJO Satisfacción con el P. Enfermería	0,13 (2,95)
Confianza → Satisfacción con el médicoidem	0,13 (2,95)
Empatía → Satisfacción con el médicoidem	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción con el médicoidem	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción con el médicoidem	n.s.
Trato recibido → Satisfacción con el médicoidem	0,26 (3,03)

Información ofrecida → Satisfacción con el médico	0,17 (2,14)
Equipamiento → Satisfacción con el médico	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción con el médico	n.s.
Dedicación → Satisfacción con el médico	n.s.
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Profesionalidad del personal → Satisfacción global	n.s.
Confianza → Satisfacción global	n.s.
Empatía → Satisfacción global	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción global	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción global	n.s.
Trato recibido → Satisfacción global	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción global	n.s.
Equipamiento → Satisfacción global	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción global	0,12 (2,45)
Dedicación → Satisfacción global	n.s.
SATISFACCIÓN ENFERMERÍA → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Satisfacción con el P. Enfermería → Satisfacción global	0,76 (14,65)
Ajuste del modelo	
Chi-square=14,40, gl=16, P=0,57; RMSEA=0,000; GFI=0,99; AGFI=0,93	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.1.3 Instalaciones

En la tabla V.100 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para las instalaciones del Hospital de Sagunto. En la formación de la satisfacción con las instalaciones influyen la valoración de las salas de espera (0,13), de las consultas (0,13) y de las instalaciones en su conjunto (0,13). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con las instalaciones (0,97).

Tabla V.100. Formación de la satisfacción. Hospital de Sagunto. Instalaciones

CALIDAD → SATISFACCIÓN INSTALACIONES	
Salas de espera → Satisfacción instalaciones	0,13 (4,62)
Consultas → Satisfacción instalaciones	0,13 (4,62)
Instalaciones del servicio → Satisfacción instalaciones	0,13 (4,62)
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Salas de espera → Satisfacción global	n.s.
Consultas → Satisfacción global	n.s.
Instalaciones del servicio → Satisfacción global	n.s.
SATISFACCIÓN INSTALACIONES → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Satisfacción instalaciones → Satisfacción global	0,97 (55,29)
Ajuste del modelo	
Chi-square=2,92, gl=5, P=0,71; RMSEA=0,000; GFI=0,99; AGFI=0,98	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.1.4 Relación entre las medidas de satisfacción

En la tabla V.101 se muestran las relaciones entre las medidas de satisfacción del hospital de Sagunto. En la formación de la satisfacción global influye fundamentalmente la satisfacción con las instalaciones (0,93) y en menor medida la satisfacción con el personal médico (0,07).

Tabla V.101. Formación de la satisfacción. Hospital de Sagunto

Satisfacción médico → Satisfacción global	0,07 (2,58).
Satisfacción enfermería → Satisfacción global	n.s.
Satisfacción instalaciones → Satisfacción global	0,93 (37,84)
Ajuste del modelo	
Chi-square=0,01, gl=1, P=0,92; RMSEA=0,000; GFI=0,99; AGFI=0,99	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.2. La formación de la satisfacción. Hospital de Alzira

V.4.2.1. Personal médico

En la tabla V.102 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para el personal médico del Hospital de Alzira. En la formación de la satisfacción del médico influyen la confianza (0,27) y coordinación del personal (0,33). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con el personal médico (0,70) y por el equipamiento disponible (0,17).

Tabla V.102. Formación de la satisfacción. Hospital de Alzira. Personal médico

CALIDAD → SATISFACCIÓN MÉDICO	
Profesionalidad del personal → Satisfacción con el médico	n.s.
Confianza → Satisfacción con el médico	0,30 (3,05)
Empatía → Satisfacción con el médico	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción con el médico	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción con el médico	n.s.
Trato recibido → Satisfacción con el médico	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción con el médico	n.s.
Equipamiento → Satisfacción con el médico	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción con el médico	0,33 (3,38)
Dedicación → Satisfacción con el médico	n.s.
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Profesionalidad del personal → Satisfacción global	n.s.
Confianza → Satisfacción global	n.s.
Empatía → Satisfacción global	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción global	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción global	n.s.
Trato recibido → Satisfacción global	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción global	n.s.

Equipamiento → Satisfacción global	0,17 (2,42)
Coordinación del personal → Satisfacción global	n.s.
Dedicación → Satisfacción global	n.s.
SATISFACCIÓN MÉDICO → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Satisfacción con el médico → Satisfacción global	0,70 (9,73)
Ajuste del modelo	
Chi-square=22,26, gl=17, P=0,17; RMSEA=0,059; GFI=0,96; AGFI=0,83	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.2.2. Personal de enfermería

En la tabla V.4.2.2 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para el personal de enfermería del Hospital de Alzira. En la formación de la satisfacción del personal de enfermería influyen la confianza (0,46) y la dedicación prestada a los pacientes (0,38). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con el personal de enfermería (0,85).

Tabla V.103. Formación de la satisfacción. Hospital de Alzira. Personal enfermería

CALIDAD → SATISFACCIÓN ENFERMERÍA	
Profesionalidad del personal → Satisfacción con el P. Enfermería	n.s.
Confianza → Satisfacción con el médicoidem	0,46 (5,43)
Empatía → Satisfacción con el médicoidem	n.s.

Capacidad de respuesta → Satisfacción con el médico	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción con el médico	n.s.
Trato recibido → Satisfacción con el médico	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción con el médico	n.s.
Equipamiento → Satisfacción con el médico	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción con el médico	n.s.
Dedicación → Satisfacción con el médico	0,38 (4,45)
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Profesionalidad del personal → Satisfacción global	n.s.
Confianza → Satisfacción global	n.s.
Empatía → Satisfacción global	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción global	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción global	n.s.
Trato recibido → Satisfacción global	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción global	n.s.
Equipamiento → Satisfacción global	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción global	n.s.
Dedicación → Satisfacción global	n.s.
SATISFACCIÓN ENFERMERÍA → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Satisfacción con el P.Enfermería → Satisfacción global	0,85 (15,38)

Ajuste del modelo

Chi-square=32,06, gl=21, P=0,058; RMSEA=0,077; GFI=0,95; AGFI=0,81

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.2.3 Instalaciones

En la tabla V.104 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para las instalaciones del Hospital de Alzira. En la formación de la satisfacción de las instalaciones influyen la valoración de la calidad de las salas de espera (0,18), de las consultas (0,37) y de las instalaciones del servicio (0,16). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con las instalaciones (0,87) y por la calidad de las instalaciones del servicio (0,13).

Tabla V.104. Formación de la satisfacción. Hospital de Alzira. Instalaciones

CALIDAD → SATISFACCIÓN INSTALACIONES	
Salas de espera → Satisfacción instalaciones	0,18 (2,52)
Consultas → Satisfacción instalaciones	0,37 (3,16)
Instalaciones del servicio → Satisfacción instalaciones	0,16 (2,52)
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Salas de espera → Satisfacción global	n.s.
Consultas → Satisfacción global	n.s.
Instalaciones del servicio → Satisfacción global	0,13 (3,37)
SATISFACCIÓN INSTALACIONES → SATISFACCIÓN GLOBAL	

Satisfacción instalaciones → Satisfacción global	0,87 (22,12)
Ajuste del modelo	
Chi-square=7,50, gl=3, P=0,058; RMSEA=0,125; GFI=0,97; AGFI=0,85	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.2.4 Relación entre las medidas de satisfacción

En la tabla V.105 se muestran las relaciones entre las medidas de satisfacción del Hospital de Alzira. En la formación de la satisfacción global influyen la satisfacción con el personal médico (0,20) y la satisfacción con las instalaciones (0,81).

Tabla V.105. Formación de la satisfacción. Hospital de Alzira

Satisfacción médico → Satisfacción global	0,20 (4,81).
Satisfacción enfermería → Satisfacción global	n.s.
Satisfacción instalaciones → Satisfacción global	0,81 (19,26)
Ajuste del modelo	
Chi-square=0,86, gl=1, P=0,35; RMSEA=0,000; GFI=0,99; AGFI=0,96	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.3. La formación de la satisfacción. Hospital 9 de Octubre

V.4.3.1. Personal médico

En la tabla V.106 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para el personal médico del Hospital 9 de Octubre. En la formación de la satisfacción del médico influyen la empatía (0,29) y capacidad de respuesta (0,37). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con el personal médico (0,81) y por la información ofrecida (0,17).

Tabla V.106. Formación de la satisfacción. Hospital 9 de Octubre. Personal médico

CALIDAD → SATISFACCIÓN MÉDICO	
Profesionalidad del personal → Satisfacción con el médico	n.s.
Confianza → Satisfacción con el médico	n.s.
Empatía → Satisfacción con el médico	0,29 (2,25)
Capacidad de respuesta → Satisfacción con el médico	0,37 (2,82)
Conocimiento del paciente → Satisfacción con el médico	n.s.
Trato recibido → Satisfacción con el médico	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción con el médico	n.s.
Equipamiento → Satisfacción con el médico	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción con el médico	n.s.
Dedicación → Satisfacción con el médico	n.s.
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Profesionalidad del personal → Satisfacción global	n.s.

Confianza → Satisfacción global	n.s.
Empatía → Satisfacción global	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción global	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción global	n.s.
Trato recibido → Satisfacción global	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción global	0,17 (2,37)
Equipamiento → Satisfacción global	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción global	n.s.
Dedicación → Satisfacción global	n.s.
SATISFACCIÓN MÉDICO → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Satisfacción con el médico → Satisfacción global	0,81 (11,03)
Ajuste del modelo	
Chi-square=25,82, gl=17, P=0,077; RMSEA=0,101; GFI=0,93; AGFI=0,82	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.3.2. Personal de enfermería

En la tabla V.107 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para el personal de enfermería del Hospital 9 de Octubre. En la formación de la satisfacción del personal de enfermería influyen la empatía (0,53). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con el personal de enfermería (0,86).

Tabla V.107. Formación de la satisfacción. Hospital 9 de Octubre. Personal enfermería

CALIDAD → SATISFACCIÓN ENFERMERÍA	
Profesionalidad del personal → Satisfacción con el P.Enfermería	n.s.
Confianza → Satisfacción con el médico	n.s.
Empatía → Satisfacción con el médico	0,53 (4,43)
Capacidad de respuesta → Satisfacción con el médico	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción con el médico	n.s.
Trato recibido → Satisfacción con el médico	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción con el médico	n.s.
Equipamiento → Satisfacción con el médico	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción con el médico	n.s.
Dedicación → Satisfacción con el médico	n.s.
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Profesionalidad del personal → Satisfacción global	n.s.
Confianza → Satisfacción global	n.s.
Empatía → Satisfacción global	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción global	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción global	n.s.

Trato recibido → Satisfacción global	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción global	n.s.
Equipamiento → Satisfacción global	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción global	n.s.
Dedicación → Satisfacción global	n.s.
SATISFACCIÓN ENFERMERÍA → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Satisfacción con el P.Enfermería → Satisfacción global	0,86 (11,79)
Ajuste del modelo	
Chi-square=26,79, gl=19, P=0,11; RMSEA=0,090; GFI=0,93; AGFI=0,82	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.3.3 Instalaciones

En la tabla V.108 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para las instalaciones del Hospital 9 de Octubre. En la formación de la satisfacción de las instalaciones influyen la valoración de la calidad de las consultas (0,65). La satisfacción global viene determinada por la satisfacción con las instalaciones (0,89) y por la calidad de las salas de espera (0,10).

Tabla V.108. Formación de la satisfacción. Hospital 9 de Octubre. Instalaciones

CALIDAD → SATISFACCIÓN INSTALACIONES	
Salas de espera → Satisfacción instalaciones	n.s.

Consultas → Satisfacción instalaciones	0,65 (6,51)
Instalaciones del servicio → Satisfacción instalaciones	n.s.
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Salas de espera → Satisfacción global	0,10 (2,07)
Consultas → Satisfacción global	n.s.
Instalaciones del servicio → Satisfacción global	n.s.
SATISFACCIÓN INSTALACIONES → SATISFACCIÓN GLOBAL	
Satisfacción instalaciones → Satisfacción global	0,89 (17,63)
Ajuste del modelo	
Chi-square=2,91, gl=4, P=0,57; RMSEA=0,000; GFI=0,98; AGFI=0,93	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.4.3.4 Relación entre las medidas de satisfacción

En la tabla V.109 se muestran las relaciones entre las medidas de satisfacción del Hospital 9 de Octubre. En la formación de la satisfacción global influyen la satisfacción con el personal médico (0,14), con el personal de enfermería (0,14) y la satisfacción con las instalaciones (0,70).

Tabla V.109. Formación de la satisfacción. Hospital 9 de Octubre

Satisfacción médico → Satisfacción global	0,14 (2,89).
Satisfacción enfermería → Satisfacción global	0,14 (2,89).
Satisfacción instalaciones → Satisfacción global	0,70 (7,56)
Ajuste del modelo	
Chi-square=0,28, gl=1, P=0,60; RMSEA=0,000; GFI=0,99; AGFI=0,98	

*En paréntesis aparece el estadístico t.

V.5 RESUMEN DE LAS RELACIONES CAUSALES DE LA FORMACIÓN DE LA SATISFACCIÓN(ojo: es V.5 y no V.4 que es el anterior)

V.5.1. Personal médico

En la tabla V.110 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para el personal médico

Tabla V.110. Formación de la satisfacción. Personal médico

CALIDAD → SATISFACCIÓN MÉDICO	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Profesionalidad del personal → Satisfacción con el médico	n.s.	n.s.	n.s.
Confianza → Satisfacción con el médico	0,27	0,30	n.s.
Empatía → Satisfacción con el médico	n.s.	n.s.	0,29

CALIDAD → SATISFACCIÓN MÉDICO	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Capacidad de respuesta → Satisfacción con el médico	n.s.	n.s.	0,37
Conocimiento del paciente → Satisfacción con el médico	n.s.	n.s.	n.s.
Trato recibido → Satisfacción con el médico	0,34	n.s.	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción con el médico	n.s.	n.s.	n.s.
Equipamiento → Satisfacción con el médico	n.s.	n.s.	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción con el médico	n.s.	0,33	n.s.
Dedicación → Satisfacción con el médico	n.s.	n.s.	n.s.
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Profesionalidad del personal → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Confianza → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Empatía → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.

CALIDAD → SATISFACCIÓN MÉDICO	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Conocimiento del paciente → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Trato recibido → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción global	n.s.	n.s.	0,17
Equipamiento → Satisfacción global	n.s.	0,17	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción global	0,16	n.s.	n.s.
Dedicación → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
SATISFACCIÓN MÉDICO → SATISFACCIÓN GLOBAL	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Satisfacción con el médico → Satisfacción global debe ir arriba	0,70	0,70	0,81

V.5.2 Personal de enfermería

En la tabla V.111 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para el personal de enfermería.

Tabla V.111. Formación de la satisfacción. Personal enfermería

CALIDAD → ENFERMERÍA	SATISFACCIÓN	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Profesionalidad del personal → Satisfacción con P.Enfermería		0,13	n.s.	n.s.
Confianza → Satisfacción con el médicoidem		0,13	0,46	n.s.
Empatía → Satisfacción con el médicoidem		n.s.	n.s.	0,53
Capacidad de respuesta → Satisfacciónidem con el médico		n.s.	n.s.	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción con el médicoidem		n.s.	n.s.	n.s.
Trato recibido → Satisfacción con el médicoidem		0,26	n.s.	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción con el médicoidem		0,17	n.s.	n.s.
Equipamiento → Satisfacción con el médicoidem y debe ir arriba		n.s.	n.s.	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción con el médicoidem		n.s.	n.s.	n.s.
Dedicación → Satisfacción con el médicoidem		n.s.	0,38	n.s.
CALIDAD →	SATISFACCIÓN	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE

GLOBAL	OCTUBRE		
Profesionalidad del personal → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Confianza → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Empatía → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Capacidad de respuesta → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Conocimiento del paciente → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Trato recibido → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Información ofrecida → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Equipamiento → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Coordinación del personal → Satisfacción global	0,12	n.s.	n.s.
Dedicación → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
SATISFACCIÓN ENFERMERÍA →	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE
SATISFACCIÓN GLOBAL			OCTUBRE
Satisfacción con el P.Enfermería → Satisfacción global	0,76	0,85	0,86

V.5.3 Instalaciones

En la tabla V.112 se muestran las relaciones entre la calidad y la satisfacción para las instalaciones del hospital.

Tabla V.112. Formación de la satisfacción. Instalaciones

CALIDAD → SATISFACCIÓN INSTALACIONES	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Salas de espera → Satisfacción instalaciones	0,13	0,18	n.s.
Consultas → Satisfacción instalaciones	0,13	0,37	0,65
Instalaciones del servicio → Satisfacción instalaciones	0,13	0,16	n.s.
CALIDAD → SATISFACCIÓN GLOBAL	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Salas de espera → Satisfacción global	n.s.	n.s.	0,10
Consultas → Satisfacción global	n.s.	n.s.	n.s.
Instalaciones del servicio → Satisfacción global	n.s.	0,13	n.s.
SATISFACCIÓN INSTALACIONES → SATISFACCIÓN GLOBAL	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Satisfacción instalaciones → Satisfacción global	0,97	0,87	0,89

V.5.4 Relación entre las medidas de satisfacción

En la tabla V.113 se muestran las relaciones entre las medidas de satisfacción del hospital.

Tabla V.113. Formación de la satisfacción. Hospital de Sagunto

	SAGUNTO	ALZIRA	9 DE OCTUBRE
Satisfacción médico → Satisfacción global	0,07	0,20	0,14
Satisfacción enfermería → Satisfacción global	n.s.	n.s.	0,14
Satisfacción instalaciones → Satisfacción global	0,93	0,81	0,70

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA

GESTIÓN HOSPITALARIA

VI.1. CONCLUSIONES SOBRE LA DIMENSIONALIDAD, FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN

Profesionalidad del personal

Para el Hospital de Alzira la valoración media de los tres ítems relacionados con la profesionalidad del personal médico resulta significativamente superior que la valoración del hospital de Sagunto. Sin embargo al compararlo con el hospital 9 de Octubre estas diferencias únicamente se producen en los dos primeros ítems. De la comparación entre el hospital de Sagunto y el 9 de Octubre se determina que no existen diferencias significativas para ninguno de los ítems considerados.

Las valoraciones medias para el Personal de Enfermería son altas en los tres hospitales. Partiendo de esta realidad, al compararse la profesionalidad del personal de enfermería en los tres hospitales pueden observarse las siguientes diferencias significativas. Para el Hospital de Alzira la valoración media de los tres ítems relacionados con la profesionalidad del personal de enfermería resulta significativamente superior que la valoración del Hospital de Sagunto y 9 de Octubre, significación que desaparece cuando comparamos el hospital de Sagunto con el 9 de Octubre., donde no se aprecian diferencias significativas.

No existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados de la profesionalidad de los médicos y del personal de enfermería de los tres hospitales.

Del análisis de estos resultados podemos indicar la necesidad de que por parte de los responsables de los Hospitales de Sagunto y 9 de Octubre establecieran los mecanismos necesarios a efectos de impulsar la Formación Continua de sus profesionales así como facilitar el intercambio con otros centros ya sean nacionales o internacionales expertos en materias comunes a efectos de impulsar la adquisición de nuevos conocimientos y experiencias, impulsando a su vez la labor investigadora.

Confianza que inspira el personal del hospital

Hay que decir que las valoraciones conseguidas por los tres hospitales en lo referente al personal médico ,son muy altas. y similares en lo que respecta a los dos primeros ítems,

en los que no existen diferencias significativas. No ocurre lo mismo en lo referente al tercer ítem donde sale mejor valorado el Hospital de Alzira. Prácticamente en todos los ítems se superan los 4,3 puntos sobre un máximo de 5. Esto tiene bastante sentido si tenemos en cuenta que los profesionales sanitarios de los hospitales públicos y de los privados suelen ser los mismos en muchas ocasiones y que en el caso de aplicar criterios empresariales de gestión y tener por consiguiente una mayor normalización de procesos y por consiguiente mayor evaluación y control, el número de errores disminuye, lo que conlleva a tener un mayor grado de confianza en sus procesos asistenciales.

No existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados de la confianza que inspira el personal de enfermería entre el Hospital de Alzira y el 9 de Octubre, no ocurriendo lo mismo cuando comparamos el Hospital de Alzira con el de Sagunto donde si se aprecian diferencias significativas en lo que respecta a los tres ítems, donde el Hospital de Alzira sale mejor valorado. De ello se deduce que las autoridades sanitarias deberán establecer los mecanismos adecuados para hacer efectivo el establecimiento de unas adecuadas pautas de comportamiento de su personal desarrollando un conjunto de actitudes y aptitudes de humanización por parte del personal sanitario a efectos de incrementar la confianza de nuestros pacientes.

Podemos destacar que en el caso de Hospital público de Sagunto no existen diferencias significativas entre el personal médico y de enfermería respecto de los tres ítems valorados, mientras que en el Hospital público de Gestión Privada (Alzira) existen diferencias significativas en lo que al primer ítem se refiere y en el Hospital privado 9 de Octubre las diferencias se extienden a los dos últimos ítems.

Empatía

Las valoraciones conseguidas por los tres hospitales del estudio son muy altas y similares en lo que respecta a los tres ítems, en los que no existen diferencias significativas, en lo que respecta al personal médico. Prácticamente en todos los ítems se superan los 4,4 puntos sobre un máximo de 5.

Se observa que existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados de la Empatía del personal de enfermería, entre el Hospital de Sagunto y el Hospital de Alzira, siendo mejor valorado respecto a los tres ítems que representan la

empatía éste último donde se superan en todos los ítems los 4.6 puntos sobre un total de 5. No existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y el Hospital 9 de Octubre, ni de éste último con el Hospital de Alzira.

Las diferencias entre el Hospital de Sagunto y Hospital de Alzira podrían explicarse por la práctica de una Política de Gestión de Recursos Humanos sometida a una mayor evaluación y control del Desempeño del Puesto de Trabajo por parte de los Gestores del Hospital de Alzira.

Podemos destacar que en el caso de Hospital público de Gestión Privada(Alzira) y Hospital privado 9 de Octubre, existen diferencias significativas en lo que a los dos primeros ítems se refiere, mientras que en el Hospital público de Sagunto no existen diferencias significativas entre la valoración efectuada entre Personal Médico y el de Enfermería

Las diferencias significativas existentes en los 2 primeros ítems, tanto para el Hospital de Alzira como para el 9 de Octubre, a favor del Personal de Enfermería podría explicarse por la mayor disponibilidad de tiempo dedicado a Tareas de Cuidado , Control y Seguimiento directo de los pacientes y menor tiempo de dedicación a Tareas Clínico-Quirúrgicas

Capacidad de respuesta

Las valoraciones conseguidas por los tres hospitales son muy altas, superando los 4 puntos sobre un máximo de 5 puntos, respecto a lo que a personal médico se refiere., existiendo diferencias significativas si comparamos el Hospital de Sagunto con el Hospital de Alzira para todos los ítems, a favor de éste último. Si comparamos el Hospital de Sagunto con el 9 de Octubre vemos que estas diferencias significativas desaparecen, salvo en lo que respecta al segundo ítem (me atiende con rapidez), en el que sale mejor valorado el Hospital 9 de Octubre. Si comparamos el Hospital de Alzira con el 9 de Octubre se observan diferencias significativas en lo que a los tres ítems se refiere.

Existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados de la capacidad de respuesta del personal de enfermería entre los tres hospitales del estudio

en lo que se refiere a los 3 últimos ítems, siendo mejor valorado el Hospital de Alzira quien supera los 4.70 puntos sobre un máximo posible de 5. No ocurre lo mismo para el primer ítem, donde solo existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y Hospital de Alzira a favor de éste último. Ello podría explicarse por la aplicación de políticas de gestión empresarial en el hospital de Alzira con el establecimiento de procedimientos normalizados de trabajo que harían posible prestar una atención sanitaria más rápida y ágil y por consiguiente una mayor agilidad en la resolución de los problemas de los pacientes, permitiendo una mejor evaluación de resultados y mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

Podemos destacar que para el Hospital de Sagunto y el de Alzira no existen diferencias significativas. En el Hospital 9 de Octubre existen diferencias significativas para los dos primeros ítems, siendo mejor valorado el personal de enfermería.

Conocimiento del Paciente

Podemos observar que entre el hospital de Sagunto y el 9 de Octubre no existen diferencias significativas para el primer y tercer ítem en lo referente al personal médico, si existiendo diferencias para el segundo ítem. Cuando comparamos Sagunto y 9 de Octubre con el Hospital de Alzira, sí existen diferencias significativas para los tres ítems, saliendo mucho mejor valorado el Hospital de Alzira quien supera los 4.6 puntos sobre un máximo posible de 5. Esta diferencia podría explicarse por la existencia de un mayor control y evaluación del desempeño de puestos de trabajo en el Hospital de Alzira, pero contrasta con el hospital 9 de octubre, donde los resultados deberían ser similares al ser la política de Recursos Humanos más flexible que la política de personal aplicada en los hospitales públicos. Por ello, estas diferencias podrían explicarse por la cultura del personal, pues en el caso del hospital 9 de octubre la mayor parte del personal médico procede del sector público, donde compagina actividades.

Se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados sobre el conocimiento del paciente por parte del personal de enfermería entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre, si existiendo marcadas diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre con el hospital de Alzira,

siendo mucho mejor valorado este último. Estas diferencias podrían explicarse a través de lo ya comentado en el apartado anterior referente al personal médico.

Cuando comparamos la valoración sobre el conocimiento del paciente que tiene el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que no existen diferencias significativas ni en el hospital de Sagunto ni en el de Alzira. En el Hospital 9 de Octubre solo existen diferencias significativas respecto al tercer ítem, en el cual sale mejor valorado el personal médico.

Trato recibido

Podemos observar que no existen diferencias significativas para ninguno de los cuatro ítems que conforman y valoran el Trato Recibido. Si comparamos el Hospital de Sagunto con el Hospital de Alzira podemos apreciar diferencias significativas solo para el tercer y cuarto ítem, saliendo mejor el Hospital de Alzira. Cuando comparamos el Hospital 9 de Octubre con el Hospital de Alzira observamos que solo existen diferencias significativas para el segundo y tercer ítem, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira.

Se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados para Trato recibido por parte del personal de enfermería entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre. Cuando comparamos el Hospital de Sagunto con el Hospital de Alzira, vemos que existen diferencias significativas, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira quien supera los 4.8 puntos sobre un máximo de 5 posible. Cuando comparamos el Hospital de Alzira con el 9 de Octubre, estas diferencias significativas desaparecen salvo para el cuarto ítem, donde sale mejor valorado el Hospital de Alzira.

Cuando comparamos la valoración sobre el Trato Recibido por el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso del Hospital público de Sagunto existen diferencias significativas para los tres primeros ítems entre el personal médico y de enfermería, saliendo mejor valorado el personal médico. Podemos ver que en el caso del Hospital de Alzira solo existen diferencias significativas para el primer ítem (son amables), saliendo mejor valorado el personal de enfermería. También podemos observar que para el Hospital 9 de Octubre no se

aprecian diferencias significativas entre la valoración que realizan los pacientes del personal médico y de enfermería en lo que respecta al trato recibido.

Cuando comparamos la valoración sobre el Trato Recibido por el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso del Hospital público de Sagunto existen diferencias significativas para los tres primeros ítems entre el personal médico y de enfermería, saliendo mejor valorado el personal médico. También se observa que en el caso del Hospital de Alzira solo existen diferencias significativas para el primer ítem (son amables), saliendo mejor valorado el personal de enfermería. Se observa que para el Hospital 9 de Octubre no se aprecian diferencias significativas entre la valoración que realizan los pacientes del personal médico y de enfermería en lo que respecta al trato recibido.

Podríamos concluir en la importancia de profundizar en la importancia de dispensar un trato personalizado a los pacientes a efectos de afianzar su confianza hacia nuestros servicios.

Información que da el personal

Podemos ver que entre el Hospital de Sagunto y el Hospital de Alzira no existen diferencias significativas en la valoración que realizan los encuestados respecto de la información que les proporciona el personal médico y de enfermería del hospital. Cuando comparamos el Hospital de Alzira con el Hospital 9 de Octubre se aprecian diferencias significativas para los ítems 1, 2, 5 y 6, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira.

También se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados para la información que da el personal de enfermería entre el Hospital de Sagunto y el Hospital 9 de Octubre. Sí se observan diferencias significativas entre estos dos hospitales anteriores y el Hospital de Alzira para los tres primeros ítems, saliendo mejor valorado el hospital de Alzira.

Cuando comparamos la información que proporciona el personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso de Hospital público de Sagunto, se aprecian diferencias significativas para los ítems 2, 3 y 4.. En el

caso del segundo y tercer ítem, sale mejor valorado el personal médico, no ocurriendo lo mismo para el cuarto ítem, donde sale mejor valorado el personal de enfermería. Respecto al Hospital de Alzira no existen diferencias significativas para los 3 primeros ítems, tan solo existen diferencias significativas para el cuarto ítem (me informan de los horarios de visita), donde sale mejor valorado el personal de enfermería. En el Hospital 9 de Octubre existen diferencias significativas en los dos primeros ítems, donde sale mejor valorado el personal de enfermería. Deberíamos tener en cuenta estas diferencias apreciadas en el personal a efectos de poder establecer y/o reforzar canales de información permanente y continua a los pacientes acerca de su estado de salud.

Equipamiento disponible

Podemos apreciar que existen diferencias significativas entre los tres Hospitales en lo referente a los dos primeros ítems, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira seguido del Hospital 9 de Octubre. En lo que respecta al tercerº ítem (el instrumental está en buen uso) no existen diferencias entre el Hospital de Sagunto y el Hospital 9 de Octubre, pero sí existen en lo referente a estos dos con el Hospital de Alzira, donde sale mejor valorado con una puntuación de 4.81 sobre un máximo posible de 5. Cabe resaltar la puntuación obtenida en los tres ítems por el Hospital de Alzira, superando en todos los 4.80 puntos. Esta valoración podría explicarse bien por una mayor inversión en equipamiento con un mayor índice de renovación del instrumental y mejor mantenimiento del mismo.

Se observa que existen diferencias significativas entre los tres Hospitales en lo que se refiere al primer ítem, siendo mucho mejor valorado el Hospital de Alzira. Respecto al segundo y tercer ítem, no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y el 9 de Octubre, que no superan los 3.95 puntos, mientras que sí existen diferencias entre estos dos últimos y el Hospital de Alzira quien supera los 4.83 puntos.

Cuando comparamos el equipamiento disponible del personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que no existen diferencias significativas en ninguno de los tres hospitales, salvo en el caso del Hospital 9 de Octubre y para el segundoº ítem, donde sale mejor valorado el equipamiento disponible del personal médico.

Coordinación del personal

Se aprecia que no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre, sí existiendo éstas cuando comparamos estos dos hospitales con el Hospital de Alzira, donde sale mejor valorado el Hospital de Alzira, que supera en los tres ítems los 4.50 puntos sobre un máximo de 5. Esto denota la existencia de un mayor grado de organización y planificación del proceso asistencial y mayor grado de comunicación horizontal entre las distintas unidades médicas del hospital. Lo mismo sucede para el personal de enfermería, saliendo mucho mejor valorada la coordinación del personal en el caso de Hospital de Alzira.

Se observa que no existen diferencias significativas entre la valoración que realizan los encuestados para la coordinación del personal de enfermería entre el Hospital de Sagunto y el Hospital 9 de Octubre. Si se observan diferencias significativas entre estos dos hospitales anteriores y el Hospital de Alzira para los tres primeros ítems, saliendo mejor valorado el hospital de Alzira.

Cuando se compara la coordinación del personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que no existe ninguna diferencia significativa entre el personal médico y de enfermería tanto en el caso del Hospital de Sagunto como en el del Hospital de Alzira. En el caso del Hospital 9 de Octubre, se aprecia la existencia de una diferencia significativa en lo que respecta al primer ítem, saliendo mejor valorado el personal de enfermería.

Dedicación que me da el personal

Podemos ver que en lo referente al primer ítem, no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y el 9 de Octubre, pero sí entre estos dos y el Hospital de Alzira, saliendo mejor valorado este último. Respecto al segundo ítem existen diferencias significativas entre los dos Hospitales, saliendo mejor valorado el Hospital de Alzira y el peor valorado el 9 de Octubre. En lo que respecta al tercer ítem no existen diferencias entre el Hospital de Alzira y 9 de Octubre, pero sí de estos dos con el Hospital de Sagunto, quien sale como el peor valorado de todos.

Se observa que en el caso de personal de enfermería no existen diferencias significativas para los dos primeros ítems entre el Hospital de Sagunto y el 9 de Octubre, pero sí de estos dos con el Hospital de Alzira, quien supera los 4.60 puntos. En lo referente al tercerº ítem existen diferencias significativas entre los tres hospitales, siendo el mejor valorado el Hospital de Alzira y el peor el Hospital de Sagunto quien no llega a alcanzar los 3 puntos sobre un máximo posible de 5. Para la solución de esta situación los responsables sanitarios deberían implantar las consultas y visitas también en horario vespertino a efectos de poder atender las necesidades de los pacientes.

Cuando se compara la dedicación del personal médico y el de enfermería dentro de un mismo hospital, podemos destacar que en el caso de Hospital público de Sagunto, no se aprecian diferencias significativas salvo para el tercer ítem, saliendo mejor valorado el personal de enfermería. En el caso del Hospital de Alzira se aprecian diferencias significativas entre el personal médico y de enfermería para los tres ítems, saliendo mejor valorado el personal de enfermería. Lo mismo sucede en el caso del Hospital 9 de Octubre. Ello podría explicarse por la organización del trabajo por turnos con lo que resulta posible la prestación asistencial continua e ininterrumpida. Ello nos obliga a pensar en la posibilidad de establecer una seria reestructuración de la jornada laboral del personal médico, que garantice una prestación asistencial continua e ininterrumpida.

Comodidad de las Salas de Espera y las Consultas

Podemos ver que para el primer ítem no existen diferencias entre el Hospital de Alzira y 9 de Octubre, pero sí se aprecian entre estos hospitales y el Hospital de Sagunto, saliendo mejor valorados los anteriores. Para el segundo y tercer ítem no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y Alzira, pero sí entre estos y el Hospital 9 de Octubre quien sale mejor valorado.

Para los ítems 4, 5, 6, 7, 8 si bien no existen diferencias significativas entre el Hospital de Alzira y el Hospital 9 de Octubre donde sale mejor valorado el Hospital de Alzira, sí existen diferencias significativas entre estos últimos y el Hospital de Sagunto.

De ello se deduce que resulta primordial la reestructuración de nuestros centros sanitarios adecuándolos a unos diseños más funcionales que a su vez proporcionen un clima asistencial más agradable.

Instalaciones del interior del servicio

Podemos ver que no existen diferencias significativas entre el Hospital de Sagunto y 9 de Octubre, si bien sí existen cuando comparamos estos dos con el Hospital de Alzira, quien sale mejor valorado al obtener una puntuación que supera los 4.50 puntos sobre un máximo posible de 5. Por ello cabría desarrollar y facilitar una mayor accesibilidad a las instalaciones del servicio por parte sobretodo del hospital de Sagunto a efectos de evitar en la medida de lo posible flujos innecesarios del personal y a su vez facilitar el acceso de nuestros pacientes a las mismas.

VI.2. CONCLUSIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Una vez vista de forma sectorial e individualizada la influencia de las variables de calidad en la formación de la satisfacción con el personal médico, de enfermería e instalaciones y la satisfacción global en cada uno de los tres hospitales objeto del estudio, y en qué medida contribuyen las distintas variables en su formación, podemos concluir al realizar un estudio comparativo entre ellos, que en lo referente a la formación de la satisfacción con el personal médico y de enfermería, en ninguno de los tres hospitales excepto en el Hospital de Sagunto y exclusivamente para el personal de enfermería, influye el constructo “profesionalidad del personal”, es decir ni la formación, ni el grado de conocimientos, ni la competencia, ni experiencia del personal médico y de enfermería influyen en la formación de la satisfacción con este personal. Este hecho paradójico, podría explicarse porque nuestros pacientes ya dan por hecho que sus médicos y enfermeras disponen ya de un alto grado de profesionalidad, y por consiguiente pasan a valorar más otras variables en la formación de la satisfacción con este personal, como son: trato personal, confianza, empatía, información y coordinación. Es decir, dado que la profesionalidad entienden que la tienen asegurada, lo que buscan son obtener otros valores no menos importantes que la profesionalidad, como son: sentirse cómodos explicando sus problemas, preguntando sus dudas, sintiéndose escuchados y siendo tratados de forma personalizada, solucionando rápido sus problemas y recibiendo información completa, de forma continua y comprensible sobre su proceso, fundamentalmente. Como podemos observar, estos valores no

responden a criterios de conocimiento científico sanitario, si no a criterios sociales, éticos y de comportamiento. Ello nos puede poner en alerta a efectos de tener en cuenta la gran importancia y trascendencia que tiene el complementar la formación estrictamente sanitaria de nuestros profesionales con una adecuada formación básica en ciencias sociales y de comportamiento, que sean capaces de aportar a nuestros profesionales los valores demandados por nuestros pacientes. Sería conveniente introducir estas materias en las licenciaturas/diplomaturas o bien realizar formación continua en las materias mencionadas para aquellos profesionales que ya se encuentran prestando servicios en las Instituciones Sanitarias. No obstante, consideramos importante incorporar la formación básica mencionada a la hora de planificar los estudios conducentes a la obtención de la licenciatura en medicina y/o diplomatura en enfermería.

Se detecta que en la formación de la satisfacción global en los tres hospitales, influye de forma constante “satisfacción con el personal médico y de enfermería”. Ello resulta comprensible si tenemos en cuenta que el personal médico y de enfermería son los actores y pilares básicos en los que se fundamenta el proceso asistencial.

En relación con la satisfacción con las instalaciones, podemos concluir que a nuestros pacientes les interesa y se sienten satisfechos en función del grado de funcionalidad, amplitud, comodidad y agradabilidad del ambiente de nuestras instalaciones (consultas, salas de espera, accesibilidad a las instalaciones del servicio) y que contribuyen en gran medida a la formación de la satisfacción global con nuestros hospitales. Dado que la satisfacción con las instalaciones es el elemento que más contribuye a la formación de la satisfacción global, podemos concluir en la necesidad de abordar una reforma estructural de nuestros centros y/o en su caso establecer nuevos diseños funcionales de nuestras instituciones asistenciales que satisfagan y se adapten a las necesidades de nuestros pacientes.

VI.3. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se ha limitado a los Servicios de Hospitalización y Consultas Externas de Traumatología y Oftalmología; por consiguiente se debería profundizar y ampliar al conjunto de servicios clínico-asistenciales hospitalarios. Así mismo el estudio

se ha centrado en la asistencia especializada y por ello en futuros estudios se debería abarcar también la asistencia primaria, clave e inicio del proceso asistencial.

El presente estudio se ha realizado en tres hospitales, representativos de la Gestión Pública Pura, Mixta y Privada. En posteriores investigaciones el estudio debería ampliarse a otros hospitales y asimismo no solo a los hospitales médico-quirúrgicos generales y sectoriales, sino también a otros tipos funcionales de hospitales (Crónicos, Monográficos, etc.) y ámbitos distintos al del sector (Hospitales de Referencia).

Mediante el presente estudio de investigación se detectan los principales elementos o factores que mayor influencia tienen en la formación de las distintas dimensiones de Calidad percibida por los clientes externos, siendo importante ello para profundizar en su estudio e intentar aplicar los resultados obtenidos a la gestión del personal sanitario de nuestras instituciones. Cabe destacar la gran importancia que nuestros pacientes prestan a la atención personal que se les presta, a las explicaciones que se les dan sobre su patología, empatía, etc. es decir a cuestiones estrictamente éticas, sociales y de comportamiento y no estrictamente científico-sanitarias (profesionalidad del personal), por ello una línea futura de investigación sería abordar estos factores y su estudio detallado, llegando a proponer nuevos modelos e incluso estructuras organizativas de la licenciatura de Medicina, donde la ética y ciencias del comportamiento jugaran un papel predominante en la enseñanza.

Otra línea de investigación sería realizar el mismo estudio, pero en esta ocasión centrado en el personal sanitario, a efectos de valorar los factores que más influyen en la formación de su satisfacción, llegando a elaborar un modelo de cuestionario para medir de forma periódica y sistemática su satisfacción y establecer en su caso medidas correctoras y/o de mejora, haciendo posible la prestación de una asistencia sanitaria eficaz, eficiente, de calidad y adaptada a las necesidades de nuestra sociedad actual.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson E.; Fornell C. y Lehmann D. (1994). Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden. *Journal of Marketing*, vol. 58, Julio, pp. 53-66.
- Anderson, E. W., Sullivan, M. W. (1990). Customer satisfaction and retention across firms. Paper presented at the TIMS College of Marketing Special Interest Conference on Services Marketing, Nashville, TN, (Septiembre).
- Anderson, J.C. y Gerbing, D.W. (1988). Structural Equation Modelling in Practice: A Review and Recommended Twostep Approach, *Psychological Bulletin*, Vol. 103, nº 3, pgs. 411-423.
- Anderson, R. E. (1973). Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. *Journal of Marketing Research*, 10, 38-44.
- Athanassopoulos, A.; Gounaris, S. y Stathakopoulos.V. (2001). Behavioural Responses to Customer Satisfaction: An Empirical Study, *European Journal of Marketing*, Vol. 35, nº 5/6, pgs. 687-707.
- Bagozzi, R.P. (1997). Goal-directed Behaviors in Marketing: The Role of Emotion, Volition, and Motivation, *Psychology & Marketing*, Vol. 14, nº 3, pgs. 309-313.
- Bagozzi, R.P. Y YI, Y. (1988). On the Evaluation of Structural Equation Models, *Academy of Marketing Science*, Vol. 6, nº 1, pgs. 74-94.
- Bagozzi, R.P.; Gopinath, M. y Nyer, P.U. (1999). The Role of Emotions in Marketing, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 27, nº 2, pgs. 184-206.

- Baker, D.A. y Crompton, J.L. (2000). Quality, Satisfaction and Behavioral Intentions, *Annals of Tourism Research*, Vol. 27, nº 3, pgs. 785-804.
- Bansal, Harvir S. y Taylor, Shirley F. 1999. The Service Provider Switching Model (SPSM): A Model of Consumer Switching Behavior in the Services Industry. *Journal of Service Research*, 2 (Noviembre): 200-218.
- Batson, C.D.; Shaw, L.L. y Oleson, K.C. (1992). Differentiating Affect, Mood, and Emotion. Toward Functionally Based Conceptual Distinctions, en M. Clark [ed.]: *Emotion. Review of Personality and Social Psychology*, Vol. 13, pgs. 294-326. Newbury Park: Sage.
- Bentler, P.M. (1995). *EQS Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Berné, C; Múgica, J.M. y Yagüe, M.J. (1996). La Gestión Estratégica y los Conceptos de Calidad Percibida, Satisfacción del Cliente y Lealtad. *Economía Industrial*, nº 307, enero-febrero, pgs. 63-74.
- Berry L.L. y Parasuraman A. (1993). Building a New Academic Field: The Case of Services Marketing. *Journal of Retailing*, n. 69, nº 1, primavera. Pp. 13-60.
- Bigné, J.E. (2000). Etapas del Proceso de Investigación (epígrafe 2.1.), en AEDEMO [ed.]: *La Investigación en Marketing*. Vol. I, pgs. 123-138. Madrid: Celeste Ediciones.

- Bigne, J. E; Moliner, M.A; Vallet, T. M. y Sánches, J (1997). Un estudio comparativo de los Instrumentos de Medición de la Calidad de los servicios públicos. Revista Española de Investigación de Marketing, Septiembre, p.p 33-53.
- Bitner, M.J. y Hubert, A.R. (1994). Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality. En RUST, R.T.; OLIVER, R.L. (Eds.), Service Quality: New Directions in Theory and Practice. Sage.
- California.Bitner, M.J. (1990). Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. Journal of Marketing, v. 54 (abril) pp. 69-82.
- Bitner, M.J. (1992). Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees, Journal of Marketing, Vol. 56, April, pgs. 57-71.
- Blendon RJ y Donelan K. (1991). Public opinion about Spains National Health System. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Anexo III. Madrid.
- Bloemer, J. y de Ruyter, K. (1995). Integrating service quality and satisfaction: pain in the neck of marketing opportunity? Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour, 8, 44-52.
- Bloemer, J.M.M. y de Ruyter, K. (1999). Customer Loyalty in High and Low Involvement Service Settings: The Moderating Impact of Positive Emotions, Journal of Marketing Management, Vol. 15, no 4, pgs. 315-330.

- Bloemer, M. M. y Polesz, B. C. (1989). The illusion of consumer satisfaction. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 2, 43-48.
- Bolivar I (1999). Grupo de estudio de la utilización de servicios sanitarios de Mataró. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. *Gac Sanit*; 13(5): 371-83.
- Bolton, R.N. (1998). A Dynamic Model of the Duration of the Customer's Relationship with a Continuous Service Provider: The Role of Satisfaction, *Marketing Science*, Vol. 17, nº 1, pgs. 45-65. BOWEN, D. (2001). Antecedents of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction (CS/D) on Long Haul Inclusive Tours: A Reality Check on Theoretical Considerations, *Tourism Management*, Vol. 22, nº 1, pgs. 49-61.
- Bolton, R. N. y Drew, J. H. (1991a). A multistage model of customer's assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17, 375-384.
- Bolton, R.N. y Drew, J.H. (1991b). A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, 55, enero, pp. 1-9.
- Bolton, R.N. and Drew, J.H. (1994). Linking Customer Satisfaction to Service Operation and Outcomes. 173-200 en *service Qualite: New Directions in Theory and Practice*, Olivert and Rust (eds) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bou J.C. (1997). Influencia de la calidad percibida sobre la competitividad: Análisis de los efectos vía demanda. Tesis Doctoral no publicada. Castellón: Universitat Jaume I. Dpto. de Administración de Empresas y Marketing.

- Boulding, W.; Kalra, A.; Staelin, R. y Zeithmal, V.A. (1993). A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioural Intentions. *Journal of Marketing Research*, 30, febrero, Pp. 7-27.
- Bowen, D. (2001). Antecedents of consumer satisfaction and dissatisfaction (CS/D) on long-haul inclusive tours. A reality check on theoretical considerations, *Tourism Management*, vol. 22, n°. 1, pp. 49-61.
- Brown, S.W. y Swartz, T.A. (1989). A Gap Analysis of the Professional Service Quality. *Journal of Marketing*, N° 53 (Abril). Pp. 92-98.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, Vol. 30, n° 1, pp. 8-32.
- Byrne, B.M. (1994). *Structural Equation Modeling with EQS and EQS/Windows. Basic Concepts, Applications, and Programming*. Thousand Oaks, California: Sage publications.
- Cacioppo, J.T. y Gardner, W.L. (1999). Emotion, *Annual Review of Psychology*, Vol. 50, pgs. 191-214.
- Cadotte, E.R.; Woodruff, R.B. y Jenkins, R.L. (1987). Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction, *Journal of Marketing Research*, Vol. 24, August, pgs. 305-314.
- Calnan M. Citizens, users and health care. *Eur J Public Health* 1997;7(1):1-2.

- Calvo Fernández S; Reinares Lara P.; Fernández Rodríguez, R. (1998). Medición de la calidad percibida en los productos de consumo: evidencia empírica a través del análisis factorial. Actas del Congreso AEDEM, Benalmádena (Málaga).
- Caminal J, Schiaffino A, Segura A. Análisis de la satisfacción/ opinión sobre los servicios sanitarios en la Enquesta de Salut de Catalunya. En: Pla de Salut de Catalunya, 1996-1998. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Generalitat de Catalunya, Abril 1997.
- Campos López, J. C. (1996). Gestión Deportiva. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Cádiz. Dpto. de Economía de la Empresa.
- Cardozo, R. N. (1965). An empirical study of customer effort, expectation, and satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 2, 244-249.
- Carman, J. M (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An assessment of the Servqual dimensions. *Journal of Retailing*, vol.66, pp.33-55.
- Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992;14(3):236-49.
- Churchill, G.A. y Surprenant, C. (1982). An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction, *Journal of Marketing Research*, Vol. 19, November, pgs. 491-504.
- Cohen, J.B. y Areni, C.S. (1991). Affect and Consumer Behavior, en T.S. Robertson and H.H. Kassarian, [ed.]: *Handbook of Consumer Behavior*, pgs. 188-240. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

- Cronin, J.J., Brady, M.K. y Hult, G.T.M. (2000). Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76 (2), pp. 193-218.
- Cronin, J. y Taylor, S. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Cronin, J. y Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58, 125-131.
- Dabholkar, P. A. (1995a). A contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality. En F. R. Kardes y M. Sujan (Eds.), *Advances in consumer research*, 22, (101-108). UT: Association for Consumer Research.
- Dabholkar, P. A. (1995b). The convergence of customer satisfaction and service quality evaluations with increasing customer patronage. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 8, 32-43.
- Dabholkar, A. D. y Thorpe, D. I. (1994). Does customer satisfaction predict shopper intentions?. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 7, 161-171.
- Dabholkar, P.A., Thorpe, D.I. y Rentz, J.O. (1996). A measure of service quality for retail stores: scale development and validation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24 (1), 3-16.

- De Ruyter, K., Wetzels, M., Lemmink, J. y Mattsson, J. (1997). The Dynamics of the Service Delivery Process: A Value-Based Approach. *International Journal of Research in Marketing*, 14 (3), pp. 231-243.
- De Vega, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Del RÍO, A.B.; Iglesias, V. y Vázquez, R. (2000). El valor de marca desde la perspectiva del consumidor: desarrollo y validación de un instrumento de medida, *Libro de Actas del XII Encuentros de Profesores Universitarios de Marketing*, pgs. 151-166. Madrid: Esic.
- Delgado A, López LA, Luna JD. La satisfacción de los usuarios con los dos modelos sanitarios de asistencia primaria vigentes en Andalucía. *Gac Sanit* 1993;7:32-40.
- Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión* 1997;3(2):90-101.
- Deming, W. E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Díaz de Santos. Madrid.
- Devlin, S. y Dong H.K. (1994). La calidad del servicio desde la perspectiva del cliente. *Marketing Research*, 6, n.1, pp. 5-13.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *MMFQ* 1966;44(2):166-206.
- Driver, C. (2002). The Nature of Service Quality en <http://www.developingmangement.com/tom/downloads/9.pdf>.

- Dubé, L. y Menon, K. (2000). Multiple Roles of Consumption Emotions in Post-Purchase Satisfaction with Extended Service Transactions, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 11, nº 3, pgs. 287-304.
- Eiglier, P.; Langeard, E. (1989). *Servucción. El Marketing de Servicios*. Ed. MC-Graw Hill, Madrid.
- Erevelles, S. (1998). The Role of Affect in Marketing, *Journal of Business Research*, Vol. 42, nº 3, pgs. 199-215. FELDMAN, L. (1995). Valence Focus and Arousal Focus: Individual Differences in the Structure of Affective Experience, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 69, pgs. 153-166.
- Feldman, A. (1995), en Bolasco, S., Lebart, L., Salem, A. (eds.). *JADT 1995 - Analisi statistica dei dati testuali Roma: CISU, 2 voll.. Il concetto di sviluppo umano secondo le Nazioni Unite: analisi del contenuto*.
- Feldman, L. (1998). Discrete Emotions or Dimensions? The Role of Valence Focus and Arousal Focus, *Cognition and Emotion*, Vol. 12, nº 4, pgs. 579-599.
- Fisk R. P.; Stephen W. Brown; Mary Jo Bitner (1993). Tracking the evolution of the services marketing literature. *Journal of Retailing*, Spring, y. 69, n. 1, p. 61(43).
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991;302:1129- 32.
- Folkes, V.S., Koletsky, S. y Graham, J.L. (1987). A field study of causal attributions and consumer reaction: the view from an airport. *Journal of Consumer Research*, 13 (marzo), pp. 534-539.

- Fornell, C., Johnston, M. D. Anderson, E., Cha, J., and Bryant, B. E. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. *Journal of Marketing*, 60 (Octubre), pp. 7-18.
- Fornell, C. (1992). A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketing*, vol. 56, January, pp. 6-21.
- Frijda, N.H. (1986). *The Emotions*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Grönroos C. 1994. *Marketing y Gestión de Servicios* Ed. Díaz de Santos Madrid.
- Grönroos, C. 1988). *Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality*. Review of Business. New York. St. John's University Press.
- Fuentes, M. (2000). Un análisis del impacto de la calidad de servicio en los resultados empresariales a través del comportamiento del consumidor. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, Vol. 9, nº 1, pp. 25-38.
- Garvin, D. A. (1988). Competir en las ocho dimensiones de la calidad. *Harvard-Deusto Business Review*, 2º trim. No. 34, pp. 37-48.
- Garvin, D. A. (1984). What Does Product Quality Really Meant?. *Sloan Management Review*. Fall.
- Giese, J. L. y Cote, J. A. (1999). Defining Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, 1, 1-34.

- Gil Saura, Irene (1995). La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta. Ed. Club Gestión de Calidad.
- Gnoth, J.; Zins, A.; Lengmueller, R. y Boshoff, C. (2000). Emotions, Mood, Flow and Motivations to Travel, *Journal of Travel and Tourism Marketing*, Vol. 9, nº 3, pgs. 23-34.
- GOOSSENS, C. (2000). Tourism Information and Pleasure Motivation, *Annals of Tourism Research*, Vol. 27, nº 2, pgs. 301- 321.
- Gotlieb, J.B.; Grewal, D. y Brown, S.W. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs?. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 79, No. 6, pp. 875-885.
- Goulding, C. (2000). The Museum Environment and the Visitor Experience, *European Journal of Marketing*, Vol. 34, nº 3/4, pgs. 261-278.
- Grönroos, C. (1978). A Service Oriented Approach to Marketing of Services. *European Journal of Marketing*, 12, nº 8, 588-601.
- Grönroos, C. (1984). Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, Vol. 18, Nº 4.
- Grönroos, C. (1988). *Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality*. Review of Business. New York. St. John's University Press.
- Grönroos, C. (1990). *Services Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexington Books. Lexington. Massachusetts. Estados Unidos.

- Gronroos, C. (1994). *Marketing y Gestión de Servicios: la Gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- Grönroos, C. (2000). *Service Management and Marketing. A Customer Relationship Management Approach*. 2nd ed. West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Gummerson, E. (1987). *Quality - The Ericsson Approach*. Estocolmo, Suecia: Ericsson.
- Op. Cit. por Grönroos C. (1994). *Marketing y Gestión de Servicios*. Ed. Díaz de Santos. Madrid P. 65.
- Hair, J.F.; Anderson, R.E.; Tatham, R.L.; y Black, W.C. (1995). *Multivariate Data Analysis*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Hall J, Milburn M, Epstein MA. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993;31:84-94.
- Hallowell, R. (1996). The Relationship of Customer Satisfaction, Customer Loyalty, and Profitability: An Empirical Study. *International Journal of Service Industry Management*, 7(4), pp. 27-42.
- Halstead D., Hartman, D. y Schmidt. S.L.(1994). Multisource Effects on the Satisfaction Formation Process. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(2), pp. 114-129.
- Hart C.; Heskett J.L. y Sasser J.R. W. (1991). Errores en el servicio, pero clientes encantados. ¿Cómo lograrlo?. *Harvard-Deusto Business Review*, 1er trimestre, pp. 23-34.

- Hirschman, E.C. y Holbrook, M.B. (1982). Hedonic Consumption: Emerging Concepts, Methods and Propositions, *Journal of Marketing*, Vol. 46, summer, pgs. 92-101.
- HOLBROOK, M.B. Y GARDNER, M.P. (1993). An Approach to Investigating the Emotional Determinants of Consumption Duration. Why Do People Consume What They Consume for as long as They Consume It?, *Journal of Consumer Psychology*, Vol. 2, n° 2, pgs. 123-142.
- Holbrook, M.B. y Gardner, M.P. (1998). How Motivation Moderates the Effects of Emotions on the Duration of Consumption, *Journal of Business Research*, Vol. 42, n° 3, pgs. 241-252.
- Holbrook, M.B. y Hirschman, E.C. (1982). The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings and Fun, *Journal of Consumer Research*, Vol. 9, September, pgs. 132-140. IZARD, C.E. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.
- Howard, J.A. y Sheth, J.N. (1969): *The Theory of Buyer Behavior*. New York: John Wiley and Sons.
- Hu, L.T., Bentler, P.M. y Kano, Y. (1992). Can Test Statistics in Covariance Structure Analysis Be Trusted?. *Psychological Bulletin*, 112, 351-362.
- Hulka B, Kupper L, Daly B. Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: A community perspective. *Med Care* 1975;13:648-58.
- Hunt, H.K. (1977). CS/D Overview and Future Research Directions. En Hunt (eds.), *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, (pp. 455-488). Cambridge: Marketing Science Institute.

Hunt, H.K. (1982). A 10 based on expectations but normatively a 3.6371. En Day, R.L. y Hunt, H.K. (eds.), *Proceedings of the 7th Annual Conference on Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour* (pp.130-131). Knoxville: University of Tennessee.

Hunt, P. (1991). *Criticism, Theory & Children's Literature*. Oxford: Blackwell.

Hunt, S. D. (1997). Relationship Marketing in the Era of Network Competition. *Marketing Management*, 3 (1), 18-28.

Hunt, S. D. y Morgan, R. M. (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58, 20-38.

Iacobucci, D.; Grayson, K.A. y Ostrom, A.L. (1994). The Calculus of service quality and customer satisfaction: thoretical and empirical differentiation and integration. En Schwartz, T.A.; Bowen, D.E.; Brown, S.W. (Eds.) *Advances in Services Marketing and Management*, Vol. 3, pp. 1-68. Ed. JAI Press, Greenwich.

Iacobucci, D.; Ostrom, A.L. y Grayson, K.A. (1995). Distinguishing Service Quality and Customer Satisfaction: The Voice of the Consumer. *Journal of Consumer Psychology*, vol. 3, pp. 277-303.

Izard, C. E. (1977): *Human Emotions*. New York: Plenum Press.

Johnson, M. D. y Fornell, C. (1991). A framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories. *Journal of Economic Psychology*, 12, 267-86.

Jöreskog, K.G., y Sörbom, D. (1989) LISREL 7-A guide to the program and applications. Chicago: SPSS Publications.

Jöreskog y Sörbom(1996a) PRELIS 2 User's Reference Guide. Chicago: Scientific Software International.

Jöreskog y Sörbom(1996b) LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Chicago: Scientific Software International.

Juran, J. M. (1990). Juran y la planificación de la calidad. Díaz de Santos. Madrid.

Juran, J. M. (1994). Porqué fracasan las iniciativas de la calidad. Harvard-Deusto Business Review, No. 5/94, pp. 58.

Kaplan, D. (2000). Structural Equation Modeling. Foundations and Extensions. Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences Series, 10. Thousand Oaks, California: Sage publications.

Kim, S. y Littrell, M.A. (1999). Predicting Souvenir Purchase Intentions, Journal of Travel Research, Vol. 38, November, pgs. 153-162.

Korduplesky R. E.; Rust R. T. y Zahorik A. J. (1993). Why Improving Quality Doesn't Improve Quality: Or Whatever Happened to Marketing?. California Management Review. Spring. pp. 82-95.

LaTour, S.A.; Peat, N. C. (1979). Conceptual and Methodological Issues in Consumer Satisfaction Research. En: Advances in Consumer Research,6. Ed. W.L. Wilkie, Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 431-437.

- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lee, S. Y., Park, M. C., Choi, S. C., Nah, Y. H., Abbey, S. E. y Rodin, G. (2000). Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 93-99.
- Lehtinen, U. y Lehtinen, J.R. (1982): *Service quality: a study of quality dimensions*. Papel de trabajo, Service Management Institute, Helsinki, Finland.
- Lewis, R. C. (1993). Hospitality management education: here today, gone tomorrow?. *Hospitality Research Journal*, nº 2, pp. 45-57.
- Liljander, V. (1994). Modeling perceived service quality using different comparison standards. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 7, 126-142.
- Liljander, V. y Strandvik, T. (1997). Emotions in Service Satisfaction, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 8, nº 2, pgs. 148-169.
- Lloréns Montes, F. J. (1996). *Medición de la calidad de servicio: una aproximación a diferentes alternativas*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- Lovelock, CH. H. (1983). Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights. *Journal of Marketing*, 47, verano, pp. 9-20.
- Lovelock. CH. H. (1997). *Mercadotecnia de servicios*. Prentice-Hall. 3ª Edición.
- Maloles, C. (1997): "The Determinants of Customer Retention", Tesis doctoral, The City University of New York.

- Mandler, G. (1992). Memory, Arousal, and Mood: A Theoretical Integration, en C. Sven-Åke [ed.]: The Handbook of Emotion and Memory. Research and Theory, pgs. 93-110. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mano, H. y Oliver, R. L. (1993). Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling, and satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 20 (3), 451-466.
- Maqueda J. y Llaguno J.I. (1995). *Marketing estratégico para empresas de servicios*. Ed. Díaz de Santos, Madrid.
- Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? *Cuadernos de Gestión* 1995;1(1):23-33.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J.M; y Ramos, J. (2001). *Calidad de servicio y satisfacción del cliente: una perspectiva psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Mattila, A.S. y Wirtz, J. (2000). The Role of Preconsumption Affect in Postpurchase Evaluation of Services, *Psychology & Marketing*, Vol. 17, nº 7, pgs. 587-605.
- McAlexander, J. H, Kadenburg, D. O., y Koeinig, H. F.(1994). Service Quality Measurement. *Marketing Health Services*, 14 (3), pp. 34-44.
- Mehrabian, A. y Russell, J. (1974). *An Approach to Environmental Psychology*. Cambridge: MIT Press.

- Menon, K. y Dubé, L. (2000). Ensuring Greater Satisfaction by Engineering Salesperson Response to Customer Emotions, *Journal of Retailing*, Vol. 76, nº 3, pgs. 285-307.
- Mentzer, J.T., Bienstock, C.C. y Kahn, K.B. (1993). Customer satisfaction/service quality research: the defense logistics agency. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 6, pp.43-9.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Supl 3):26-33.
- Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit* 1997;11(4):176-89.
- Mittal, V. y kamakura, W.A. (2001). Satisfaction, Repurchase Intent, and Repurchase Behavior: Investigating the Moderating Effect of Consumer Characteristics, *Journal of Marketing Research*, Vol. 38, nº 1, pgs. 131-142.
- Moliner, B.; Berenguer, G. y Gil, I. (2001). La importancia de la performance y las expectativas en la formación de la satisfacción del consumidor. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la empresa*, 7 (3), 155-172
- Mooradian, T.A. y Olver, J.M. (1997). 'I Can't Get No Satisfaction': The Impact of Personality and Emotion on Postpurchase Processes, *Psychology & Marketing*, Vol. 14, nº 4, pgs. 379-393.

- Morales Sánchez, V. (2003) Evaluación psicosocial de la calidad en los servicios municipales deportivos: aportaciones desde el análisis de variabilidad. Universidad de Málaga: Tesis Doctoral.
- Morales Sánchez, V. (2004). Evaluación Psicosocial de la Calidad en Servicios Municipales Deportivos: Aportaciones desde el Análisis de Variabilidad. Lecturas: EF y Deportes. Revista Digital, 72. Mayo 2004 <http://www.efdeportes.com/revista/efd18/psoc.htm> [Consulta: 1 de Mayo de 2004].
- Morales Sánchez, V. y Correal Naranjo, J. (2003). La Calidad en la gestión de los servicios deportivos. En A. Hernández Mendo (Coord.), Psicología del deporte (Vol. 3). Aplicaciones. Bueno Aires: Efdeportes.com.
- Morales Sánchez, V. y Maestro Arcos, J. C. (2003). Aspectos básicos de los recursos humanos en las organizaciones deportivas. En A. Hernández Mendo (Coord.), Psicología del deporte (Vol. 3). Aplicaciones. Bueno Aires: Bueno Aires: Efdeportes.com.
- Nyer, P.U. (1997). A Study of the Relationships between Cognitive Appraisals and Consumption Emotions, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 25, nº 4, pgs. 296-304.
- Oh, H. y Parks, S. C. (1997). Customer satisfaction and quality: a critical review of the literature and research implications for the hospitality industry. *Hospitality Research Journal*, 20, 35-64.

- Oliver, R. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, *Journal of Marketing Research*, Vol. 17, November, pp. 460-469.
- Oliver, R. (1981). Measurement and evaluation of the satisfaction process in retail settings. *Journal of Retailing*, 57, 25-48.
- Oliver, R. (1989). Processing of the satisfaction response in consumption: a suggested framework and research propositions. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 2, 1-16.
- Oliver, R. (1990a). The Ordnance Survey and the Great Exhibition of 1851. *The Map Collect*, r 50, 24-81.
- Oliver, R. (1990b). Cartobibliography and introductory essays for Volumes VI, VII and VIII of Harry Margary, *The Ordnance Survey Old Series*, (Lympne, Harry Margary).
- Oliver, R. (1991a). A guide to the Ordnance Survey one-inch Seventh Series, 44. London: Charles Close Society.
- Oliver, R. (1991b). More than a thumbnail: the large scale plans of the Ordnance Survey. *The Map Collector*, 54, 36-40.
- Oliver, R. (1991c). The Ordnance Survey: a quick guide for historians. *The Historian*, 30, 16-19.
- Oliver, R. (1992). As they are and as they perhaps might be: some recent maps for the ordinary public. *Sheetlines*, 34, 48-60.

- Oliver, R. (1993a). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418-430.
- Oliver, R. (1993a). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418-430.
- Oliver, R. (1993b). A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. En T. A. Swartz, D. E. Bowen y S. W. Brown (Eds.), *Advances in services marketing and management; research and practice*, 2, (pp. 65-85). Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc.
- Oliver, R. (1993b). Episodes in the history of the Ordnance Survey 1:25,000 map family. *Sheetlines*, 36, 1-27.
- Oliver, R. (1993c). *Ordnance Survey maps: a concise guide for historians*, 192. London: Charles Close Society.
- Oliver, R. (1994a). Factors Influencing Beginning Teachers' Uptake of Computers. *Journal of Technology and Teacher Education*, 2 (1), 71-89.
- Oliver, R. (1994b). It courses in teacher education: The need for integration. *Journal of Technology and Teacher Education*, 3 (2), 135-146.
- Oliver, R. (1994c). One-inch Old Series map design in the early 1850. *Sheetlines*, 38, 19-26.
- Oliver, R. (1994d). Conceptual issues in the structural analyses of consumption emotion, satisfaction, and quality: evidence in a service setting. En C. T. Allen y D.

- R. John (Eds.), *Advances in consumer research*, 21, (pp.16-22). UT: Association for Consumer Research.
- Oliver, R. (1995a). The evolution of the Ordnance Survey National Grid. *Sheetlines*, 43, 25-46.
- Oliver, R. (1995b). The sheet lines and overlaps of the one-inch Fifth and New Popular Editions. *Sheetlines*, 44, 22-44.
- Oliver, R. (1996a). Taking to the water: some examples of Ordnance Survey mapping of the coast. *Sheetlines*, 45, 9-27.
- Oliver, R. (1996b). The rivals: notes on some intermediate-scale commercial topographic map series of Britain and Ireland since 1868. *Sheetlines*, 47, 8-36.
- Oliver, R. (1997). *Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Customer*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Oliver, R. (1998a). Ordnance Survey maps for the cycle-tourist. *Sheetlines*, 51, 14-31.
- Oliver, R. (1998b). Railways, cyclists and the purple plague. *Sheetlines*, 53, 37-45.
- Oliver, R. (2000a). *A guide to the Ordnance Survey one-inch Fifth Edition*, 48. London: Charles Close Society.
- Oliver, R. (2000b). The Landranger Questionnaire and possible 1:100,000 map content. *Sheetlines*, 59, 10-15.

- Oliver, R. y Bearden, W. O. (1983). The role of involvement in satisfaction processes. En R. P. Bagozzi y A. M. Tybout (Eds.), *Advances in consumer research*, .10, (pp. 250-255). Ann Arbor: Association for Consumer Research.
- Oliver, R. y DeSarbo, W. (1988). Response determinants in satisfaction judgements. *Journal of Consumer Research*, 14, 495-507.
- Oliver, R. y Kain, R.J.P. (1998). Maps and the assessment of parish rates in nineteenth-century England and Wales. *Imago Mundi*, 50, 156-173.
- Oliver, R. y Swan, J. (1989a). Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach. *Journal of Marketing*, 53, 21-35.
- Oliver, R. y Swan, J. (1989b). Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 16, 372-383.
- Oliver, R., Rust, R. T. y Varki, S. (1997). Customer delight: foundations, findings, and managerial insight. *Journal of Retailing*, 73, 311-336.
- Parasuraman A.; V. Zeithmal; L. Berry (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, Vol. 49, Núm 4, otoño, pp. 41-50.
- Parasuraman A.; Zeithaml, V. y Berry, L. (1988). SERVQUAL; a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of services quality. *Journal of Retailing* v. 64, n.1, primavera, pp. 12-40
- Parasuraman, A.; Berry, L. L.; Zeithmal, V. A. (1991:a). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, Vol. 67, nº 4, pp. 420-450.

- Parasuraman, A.; Berry, L. L.; Zeithmal, V. A. (1991:b). Understanding Customer Expectations of Service. *Sloan Management Review*, 32,
- Parasuraman, A., Berry, L. y Zeithaml, V. (1993). More on improving service quality measurement. *Journal of Retailing*, 69, 140-147.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1994a). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing*, 58, 111-124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1994b). Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Retailing*, 70, 201-230.
- Patterson, H.D. y Thompson, R. (1971). Recovery of Inter-Block Information When Block Sizes Are Unequal. *Biometrika*, 58, 545-554.
- Patterson, P. G. (1993). Expectations and product performance as determinants of satisfaction for a high-involvement purchase. *Psychology & Marketing*, 10, 449-465.
- Patterson, P. G. y Johnson, L. W. (1995). Focal brand experience and product-based norms as moderators in the satisfaction formation process. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 8, 22-31.
- Patterson, P. G. y Johnson, L. W. (1993). Disconfirmation of expectations and the gap model of service quality: an integrated paradigm. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, No. 6, pp. 90-99.

- Patterson, P. G., Johnson, L. W. y Spreng, R.A. (1997). Modeling the determinants of customer satisfaction for business-to-business professional services. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25, 4-17.
- Patterson, P.G. y Cicic, M. (1995). A typology of service firms in international markets: an empirical investigation. *Journal of International Marketing*, 3 (4), 57-83.
- Patterson, P.G. y Spreng, R.A. (1997). Modelling the relationship between perceived value, satisfaction and repurchase intentions in a business-to-business services context: an empirical examination. *International Journal of Service Industry Management*, 8 (5), 414-434.
- Peter, J.P. (1981). Construct Validity: A Review of Basic Issues and Marketing Practices, *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, May, pgs. 133-145.
- Peterson, R.A. y Wilson, W.R. (1992). Measuring customer satisfaction: fact and artefact. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 58, 111-124.
- Qualls, W. J. y Rosa, J. A. (1995). Assessing industrial buyer's perceptions of quality and their effects on satisfaction. *Industrial Marketing Management*, 24, 359-368.
- Quintanilla, I. (2002). *Psicología social del consumidor*. Valencia: Promolibro.
- Reeves, C. A. y Bednar, C. A. (1994). Defining quality: alternatives and implications. *Academy of Management Review*, 19, 419-445.
- Reichheld. F.; SASSER, E. (1990). Zero Defections: Quality Comes To Services. *Harvard Business Review*, 68, sept-oct, pp. 301 -307.

- Richins, M.L. (1997). Measuring Emotions in the Consumption Experience, *Journal of Consumer Research*, Vol. 24, n° 2, pgs. 127-146.
- Rodríguez-Legido Cl. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995;9: 311-5.
- Russell, J.A. (1980). A Circumplex Model of Affect, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 39, n° 6, pgs. 1161-1178.
- Rust, R.T. y Oliver, R.L. (1994). Service Quality Insights and Managerial Implications from the Frontier. In Rust, R.T y Oliver, R.L. (eds.), *Service Quality New Directions in Theory and Practice*. Beverly Hills: Sage.
- Ruth, J.A.; Brunel, F.F. y Otness, C.C. (2002). Linking Thoughts to Feelings: Investigating Cognitive Appraisals and Consumption Emotions in a Mixed-Emotions Context, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 30, n° 1, pgs. 44- 58.
- Schommer, J. C. y Wiederholt, J. B. (1994). Patient's satisfaction with pharmacist consultation services: application of a model of service encounters evaluation. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 7, 74-85.
- Shemwell, D.J., Yavas, U. Y Bilgin, Z. (1998). Customer-service relationships: an empirical test of a model of service quality: test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*. 83, pp. 150–163.

- Smith, A.K. Y Bolton, R.N. (2002). The Effect of Customer's Emotional Responses to Service Failures on Their Recovery Effort Evaluations and Satisfaction Judgments, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 30, nº 1, pgs. 5-23.
- Spreng R., Mackenzie S. y Olshavsky R. (1996). A Re-examination of the Determinants of Consumer Satisfaction. *Journal of Marketing*, vol. 60, Julio, pp. 15-32.
- Spreng, R.A. y Mackoy, R.D. (1996). An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction. *Journal of Retailing*, Vol. 72, No. 2, pp. 201-214.
- Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest C, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. *J Family Practice* 1998;46(3):216-26.
- Steenkamp, J. B. (1990). Conceptual model of the quality perception process. *Journal of Business Research*. Vol. 21. pp. 309-333.
- Steenkamp, J-B.E.M. y Van Trijp, H.C.M. (1991). The Use of LISREL in Validating Marketing Constructs, *International Journal of Research in Marketing*, Vol. 8, pgs. 283-299.
- Storbacka, K.E.; Strandvik, T. y Grönroos, C (1994). "Managing customer relationship for profit: the dynamics of relationship quality." *International Journal of Service Industry Management* 5.5, pp. 21-38.

- Szymanski, D.M. y Henard, D.H. (2001). Customer Satisfaction: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 29, nº 1, pgs. 16-35.
- Taylor, S. A. (1996). Consumer satisfaction with marketing education: extending services theory to academic practice. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 9, 207-220.
- Taylor, S. (1997). Assessing regression-based importance weights for quality perceptions and satisfaction judgements in the presence of higher order and/or interaction effects. *Journal of Retailing*, Vol. 73, No. 1, pp. 135-159.
- Taylor, S. y Baker, T. (1994). An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Customers' Purchase Intentions. *Journal of Retailing*, Vol. 70, No. 2, pp. 163-178.
- Teas, R. K. (1993). Expectations, performance evaluation and consumer's perceptions of quality. *Journal of Marketing*, 57, 18-34.
- Thompson A, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995;7(2):127-41.
- Tse, D. (1990). Attributing performance discrepancy: dimensions, causes and effects. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 3, 105-114.
- Tse, D. y Wilton, P. (1988). Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research*, 25, 204-212.

- Tse, D., Nicosia, F. y Wilton, P. (1990). Consumer Satisfaction as a Process. *Psychology & Marketing*, 7, 177-193.
- Tse, D.K. y Wilton, P.C. (1988). Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research*, 15, 204-212.
- Ullman. J.B. 1996. Structural equation modeling (In: *Using Multivariate Statistics*, Third Edition, B.G. Tabachnick and L.S. Fidell, Eds.). HarperCollins College Publishers. New York, NY. pp. 709-819.
- Uriel, E.y ALDAS, J. (2005). *Análisis Multivariado Aplicado*. . Editorial Thomson 1ª. Edición.
- Vázquez Casielles R.; Rodríguez del Bosque, I.; Díaz Martín, A.M. (1996). Estructura, multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados: desarrollo y validación de la escala CALSUPER. Documento de Trabajo 119 96. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Oviedo.
- Vittersø, J.; Vorkinn, M.; Vistad, O.I. y vaagland, J. (2000). Tourist Experience and Attractions, *Annals of Tourism Research*, Vol. 27, nº2, pgs. 432-450.
- Vuori H. Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care? *QRB* 1987;March:106-8.
- Wakefield, K.L. y Blodgett, J.G. (1999). Customer Response to Intangible and Tangible Service Factors, *Psychology & Marketing*, Vol. 16, nº 1, pgs. 51-68.
- Walker, J.; Baker, J. (2000). An Exploratory Study of a Multi-Expectation Framework for Services. *Journal of Services Marketing*, Vol. 14, No. 5, pp. 411-431.

Ware JE, Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13:669- 82. 279 La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:276-279

Watson, D.; Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of a Brief Measure of Positive and Negative Affect: The PANAS Scale, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 54, June, pgs. 1063-1070.

Westbrook, R. A. (1980a). Intrapersonal affective influences on consumer satisfaction with products. *Journal of Consumer Research*, 7, 49-328.

Westbrook, R. A. (1980b). A rating scale for measuring product/service satisfaction. *Journal of Marketing*, 44, 68-72.

Westbrook, R. A. (1981). Sources of consumer satisfaction with retail outlets. *Journal of Retailing*, 57, 68-85.

Westbrook, R. A. (1987). Product/consumption-based affective responses and postpurchase processes. *Journal of Marketing Research*, 24, 258-270.

Westbrook, R. A. y Oliver, R. L. (1991). The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 18, 84-91.

Westbrook, R.A. y Oliver, R.L. (1991). The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction, *Journal of Consumer Research*, Vol. 18, nº 1, pgs. 84-91.

- Westbrook, R.A. y Reilly, M.D. (1983). Value-percept disparity: an alternative to the disconfirmation of expectations theory of consumer satisfaction. En R.S. Day y H.K. Hunt (Eds.), *Advances in consumer Research*, 10, 15-22. Bloomington: Indiana University.
- Wirtz, J. y Bateson, J.E.G. (1999). Consumer Satisfaction with Services: Integrating the Environment Perspective in Services Marketing into the Traditional Disconfirmation Paradigm, *Journal of Business Research*, Vol. 44, pgs. 55-66.
- Wirtz, J.; Mattila, A.S. y Tan, R.L.P. (2000). The Moderating Role of Target-Arousal on the Impact of Affect on Satisfaction- An Examination in the Context of Service Experiences, *Journal of Retailing*, Vol. 76, nº 3, pgs. 347-365.
- Woodruff, R. (1997). Customer Value: The Next Source for Competitive Advantage, *Journal of The Academy of Marketing Science*, 25, 139-153.
- Woodruff, R. B. (1993). Developing and applying consumer satisfaction knowledge: implications for future research. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 6, 1-11.
- Woodruff, R. B., Cadotte, E. y Jenkins R. (1983). Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *Journal of Marketing Research*, 20, 269-304.
- Woodruff, R. B., Clemons, D. S., Schumann, D.W., Gardial, S. F. y Bums, M. I. (1991). The standards issue in CS/D research: a historical perspective. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 4, 103-109.

- Woodruff, R., Cadotte, E. y Jenkins, R. (1983). Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *Journal of Marketing Research*, 20, 269-304.
- Yu, Y.-T. y Dean, A. (2001). The Contribution of Emotional Satisfaction to Consumer Loyalty, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 12, nº 3, pgs. 234-250.
- Zeithaml, V. (1987). Defining and relating price, perceived quality and perceived value, 87-101. Cambridge: Marketing Science Institute.
- Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52, 2-22.
- Zeithaml, V. y Bitner, M.J. (2000). *Services Marketing. Integrating Customer Focus Across the Firm*. 2nd ed. USA: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V., Berry, L. y Parasuraman, A. (1988). Communication and control processes in the delivery of service quality. *Journal of Marketing*, 52 (2), 35-48.
- Zeithaml, V., Berry, L. y Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21 (1), 1-12.
- Zeithaml, V., Berry, L. y Parasuraman, A. (1996). The behavioural consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60, 31-46.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry, L. (1985). Problems and strategies in service marketing. *Journal of Marketing*, 49, 33-46.

Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry, L.L. (1990). Delivering Quality service. Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York: The Free Press.

Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry L. (1993). Calidad total en la gestión de servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid: Díaz de Santos.

Zeithmal, V. (1981). How Consumer Evaluation Processes Differ Between Goods and Services. Marketing of Services. AMA. Pp. 186-189.

