
Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria

The components of patient satisfaction and their usefulness for hospital management

Erika Jaráiz

Universidad de Santiago de Compostela

Nieves Lagares

Universidad de Santiago de Compostela

María Pereira

Universidad de Santiago de Compostela

Resumen

A la luz de los análisis tradicionales y contemporáneos de la satisfacción de los pacientes, nuestro trabajo se orienta a la construcción de un modelo que jerarquiza los distintos componentes de la satisfacción para reivindicar su uso en la gestión hospitalaria. Nuestro modelo presta especial atención a una serie de factores que denominamos *intangibles* y que generalmente no han ocupado un lugar primordial en la gestión hospitalaria.

Palabras clave: satisfacción, gestión pública, gestión hospitalaria, política sanitaria.

Abstract

Under the light of the traditional and contemporary analysis of patient satisfaction, our work is oriented toward the construction of a model that ranks the various components of the satisfaction to claim their use in the hospital management. Our model gives special attention to a number of what we call *intangible* factors that generally have not occupied a major place in the hospital management.

Keywords: satisfaction, public management, hospital management, health policy.

INTRODUCCIÓN

El debate sobre la eficacia y la eficiencia de los servicios públicos ha pasado de ser un debate exclusivamente academicista, a formar parte de nuestra vida cotidiana. La crisis económica ha llevado a los gobiernos a plantear importantes recortes en los servicios públicos, a releer su necesidad y sus modelos de gestión, incluso de aquellos considerados básicos, como la sanidad y la educación, lo que ha sido recibido con preocupación por gran parte de la población.

Los ciudadanos se han venido interesando cada vez más por el funcionamiento y la calidad de los servicios que reciben y cuyo coste se sufraga mediante el pago de impuestos. Ese interés ha buscado vías de participación y ha sido correspondido por las administraciones que han gestionado la participación ciudadana y su inclusión en la evaluación de los servicios sanitarios públicos en las tres últimas décadas. La importancia de incorporar esta perspectiva del paciente en la dirección de los servicios sanitarios se hace visible en los años ochenta en numerosos informes, especialmente en el Reino Unido, como la compilación de ensayos publicada en 1984 por la King's Fund, *Public Participation in Health* (Jones, Leneman y Maclean 1987). Esta incorporación de la participación ciudadana a la definición de los sistemas sanitarios se ha visto influida fundamentalmente por dos procesos, a saber, (1) el notable incremento del gasto público y la supuesta “crisis del Estado de Bienestar”, o más recientemente la crisis económica mundial, y (2) la evolución de la relación médico-paciente. Respecto al aumento del gasto público se ha escrito mucho, únicamente, a modo de ejemplo, cabe señalar que el gasto en materia sanitaria en España se ha incrementado en los últimos años, pasando de representar un 5,4% del PIB en el año 2000, a suponer un 7,1% del PIB en la actualidad¹. Por otra parte, la relación médico-paciente se ha modificado a lo largo de las últimas décadas, desde el modelo paternalista enunciado por Parsons (Parsons, 1951) hasta la idea del “empoderamiento” de los pacientes (*patient empowerment*), la de una relación basada en la negociación y la transacción financiera (Kaba y Sooriakumaran, 2007: 64), o la de una relación entre iguales, basada en la mutua confianza (Hogg, 1999). Y en todas estas evoluciones de la relación, “factores emocionales, racionales y culturales, se han combinado en la demanda de una redefinición de los roles de médico y paciente” (Salter, 2004: 190).

A pesar de la importancia de la “comunicación” y la “relación personal” en el encuentro sanitario, señalados por la mayor parte de los pacientes como los aspectos más importantes de su experiencia hospitalaria (Cohen, 1996), desde el ámbito de la gestión la atención se ha centrado principalmente en el “control del gasto”. Y esta innegable necesidad de controlar el gasto en materia sanitaria y, sobre todo, de evitar el aumento incontrolado del mismo, ha llevado al establecimiento de prioridades, tanto en el ámbito de la financiación o cobertura del sistema, como en la provisión de algunos servicios sanitarios (Costa Font, 2001), relegando la importancia para la gestión de los aspectos señalados por Cohen.

1. Último dato publicado por la OCDE referido a 2010.

Frente a esta estrategia de control del gasto, los presupuestos para la salud son monitorizados, y los consumidores son más críticos con la atención sanitaria proporcionada, organizándose y reclamando derechos como participantes activos en la planificación y evaluación de los servicios sanitarios (Van Maanen, 1984). Pero a nadie se le escapa que la reducción o el control del gasto en la prestación de determinados servicios puede afectar al nivel de satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario, por lo que los criterios de decisión sobre las prioridades en la gestión de los servicios no solo deben ser explicados, sino aceptados por la población (Dicker y Amstrog, 1995), si bien, el análisis de la “aceptación pública” de las decisiones sobre el sistema sanitario, que podrían generar un conflicto de opiniones, es un campo todavía por desarrollar (Costa Font, 2001).

En definitiva, el aumento del interés por la participación de los ciudadanos en la definición de las políticas y la gestión sanitaria ha llevado a identificar una serie de canales habituales de participación de los ciudadanos en la asistencia sanitaria, a saber, la información proporcionada por los pacientes al médico sobre su problema de salud, la participación en actividades educativas y promocionales de la salud, la corresponsabilidad en la toma de decisiones sobre su salud y el seguimiento de los tratamientos, el uso racional de los recursos sanitarios, el aporte de su punto de vista sobre el sistema, y la participación en la evaluación de los resultados mediante un análisis de satisfacción (Mira y Aranaz, 2000; Wesing y Grol, 1998). Este último, el análisis de la satisfacción de los pacientes, es el enfoque utilizado en el presente artículo para el caso de Galicia. De este modo, partiendo de la base de la importancia que tienen los aspectos interpersonales, *intangibles*, de la atención (Williams, 1994; Sitzia y Wood, 1997; Thi, y otros 2002) en las valoraciones de los pacientes, se identificarán aquellos elementos responsables del aumento o disminución de la satisfacción con la atención hospitalaria, permitiendo introducir los elementos generadores de satisfacción como variables fundamentales en la gestión de los hospitales gallegos, a modo de herramientas para una “gestión orientada al paciente” (Mead y Bower, 2000). En definitiva, nuestro modelo testará para el caso de Galicia, cuáles son y de qué forma se comportan los diferentes elementos que condicionan la satisfacción de los pacientes hospitalarios con la atención recibida, aportando así información a los gestores del sistema sanitario gallego, y tratando de mostrar que en las políticas sanitarias no son solo factores de carácter *tangible* los que construyen la satisfacción de los ciudadanos con el sistema.

LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Si bien es cierto que en las últimas dos décadas se ha generalizado la utilización de los estudios de satisfacción de los pacientes en la mayoría de sistemas sanitarios europeos, no es menos cierto que su utilización como herramienta de gestión sigue siendo poco habitual. Fitzpatrick refiere la existencia de tres motivos, además de las presiones externas de los gobiernos y las autoridades sanitarias, por los que los profesionales de la

salud deberían tomarse el análisis de la satisfacción de los pacientes seriamente. En primer lugar, existe la evidencia de que la satisfacción del paciente puede ser predictora del grado de seguimiento y la continuidad que los pacientes hacen de los tratamientos. En segundo lugar, es una medida de evaluación de las consultas y del desarrollo de la comunicación durante los encuentros médicos. Por último, la opinión de los pacientes puede ser utilizada, junto a otros criterios, para la organización de la provisión de la asistencia sanitaria (Fitzpatrick, 1991a). Además, si la satisfacción está ligada a la continuidad en el uso del servicio sanitario, se convierte en un indicador de calidad de la asistencia y en un factor de competitividad de los servicios (Feldman *et al.*, 2007).

Sin embargo, una vez reconocida su utilidad, el primer problema con el que nos encontramos a la hora de estudiar la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios radica en el propio concepto de satisfacción. El término *patient satisfaction*, “aunque es usado ampliamente, como concepto es poco comprendido” (Sitzia y Wood, 1997: 1830). Y la mayoría de las veces nos referimos a la satisfacción como un elemento deseable e importante en la actuación médica, intuitivamente entendido por todos, sin que exista acuerdo en su significado empírico (Pascoe, 1983). Esta falta de concreción del significado del constructo “satisfacción del paciente” ha sido ampliamente denunciada y debatida por numerosos autores (Sitzia y Wood, 1997; Williams, 1994; Locker y Dunt, 1978).

Koss y Donabedian fueron pioneros en el análisis de la satisfacción del paciente, lo contemplaron como elemento fundamental en la medición de la calidad de los servicios sanitarios (Koss, 1954; Donabedian, 1966), dando origen al “quality of care from the patient perspective”² (QCPP), que parte de la base de la existencia de diferentes puntos de vista entre paciente y médico sobre la atención sanitaria (Van Campen *et al.*, 1995). La utilización de ambos conceptos, satisfacción y calidad percibida, en la literatura especializada ha sido poco rigurosa, nos atreveríamos a decir que hasta equívoca, de modo que en algunos casos se utilizan como sinónimos, o incluso se utiliza la medida de la satisfacción como un componente, referido a una transacción concreta, de la calidad percibida, más general, y por tanto como un antecedente de la misma (Bitner, 1990: 70) o como una consecuencia, es decir, la satisfacción viene condicionada, entre otros, por el nivel de calidad percibida por los usuarios (Cronin y Taylor, 1992; Anderson, Fornell y Lehmann, 1994).

La satisfacción es, por tanto, un concepto de difícil concreción, y que ha sido objeto de numerosos debates tanto en el ámbito del marketing de servicios, como de la psicología o la filosofía. Además, se ha convertido muy tarde en objeto de estudio por parte de la ciencia política, desde el momento en que se utiliza como herramienta de análisis de adecuación de los servicios públicos a las necesidades y a las expectativas de la ciudadanía, y, por tanto, de la calidad de vida y el bienestar de la población. No es objeto de este artículo el análisis de las diferentes concepciones de satisfacción, únicamente cabe señalar que el concepto de satisfacción que en este trabajo se maneja, incluye elementos cognitivos y emotivos, afectivos y evaluativos que rodean a la experiencia del servicio.

2. En español: la calidad del cuidado desde el punto de vista del paciente.

Uno de los principales problemas que plantea la satisfacción como objeto de análisis en el terreno de los pacientes hospitalarios se refiere a las dificultades que presenta su medición. La mayoría de estudios sobre los pacientes muestran elevados niveles de satisfacción (muchas veces por encima del 80%), motivo por el que se ha criticado su capacidad discriminante y, por lo tanto, también explicativa (Ibern, 1992; Fitzpatrick, 1991a; Williams, 1994; Bohigas, 1995; Thi y otros, 2002). Más allá, muy pocos pacientes expresan insatisfacción o son críticos con la atención recibida (Abramowitz, Cote y Berry, 1987), lo que resulta problemático para los investigadores, que a menudo se ven obligados a comparar respuestas positivas con respuestas menos positivas. Incluso algunas investigaciones han intentado explicar los motivos de esos elevados niveles de satisfacción reportados (Williams, Coyle y Healy, 1998), y han señalado la medida de la insatisfacción, como elemento más explicativo, y como elección metodológica para evitar el problema de los altos niveles de satisfacción reportados (Caminal, Sánchez y Schiaffino, 2002; Williams, Coyle y Healy, 1998). Sin embargo, la escasa variabilidad de las respuestas no es necesariamente un factor metodológico, sino un factor conceptual, que se refiere a la ya mencionada multidimensionalidad del concepto de satisfacción (Sitzia y Wood, 1997).

Existen gran número de escalas propuestas para la medición de la satisfacción, algunas de las más conocidas son las de Hulka (Hulka, Kupper y Dalyu, 1975) o Ware (Ware y Snyder, 1975). Dicha abundancia ha sido criticada por Mira y Aranaz argumentando que “solo unos pocos se basan en algún modelo teórico, u ofrecen datos sobre su consistencia interna, sensibilidad y capacidad para discriminar los pacientes satisfechos de los insatisfechos” (Mira y Aranaz, 2000: 15). Además otros elementos metodológicos deben ser tenidos en cuenta, como los que se refieren al momento de medición de la satisfacción, o si las preguntas deben hacerse a pacientes actuales, o a individuos que lo han sido con anterioridad, preguntándole sobre su experiencia pasada, lo que ofrece mayor libertad para expresar insatisfacción al paciente, aunque con el inconveniente de la posibilidad de que los pacientes hayan olvidado parte de su experiencia (Owens y Batchelor, 1996).

Sin embargo, y sin entrar en la discusión metodológica existente en torno al incumplimiento de los criterios estadísticos de fiabilidad, validez y consistencia interna por parte de algunas de las escalas, está demostrado que la utilización de escalas detalladas sobre los diferentes aspectos que conforman los niveles de satisfacción, permite analizar los perfiles de la población más y menos satisfecha y otorga capacidad de acción a los gestores sanitarios para incidir en aquellos aspectos causantes de mayor insatisfacción.

Al respecto de la discusión sobre la utilidad de la medición de la satisfacción, se plantea la duda de si ante la muestra de insatisfacción por parte de los pacientes, es necesario modificar la prestación del servicio, o cambiar las expectativas de los usuarios para aumentar el nivel de satisfacción. No faltan quienes introducen propuestas para la gestión de los servicios sanitarios de acuerdo al análisis de la satisfacción y la calidad percibida, que combinan la modificación de los servicios en función del paciente y la modificación de las expectativas del mismo (John, 1992). Ni tampoco quienes afirman que en la provisión de servicios públicos, frente al ámbito privado, los pacientes son consumidores

y ciudadanos al mismo tiempo, de modo que la provisión de servicios sanitarios a los individuos repercute en el conjunto de la comunidad y en los otros individuos, por lo que en este contexto, determinadas expectativas pueden considerarse inapropiadas (Williams, Coyle y Healy, 1998). Estas perspectivas nos permiten introducir reflexiones relativas a la generación de expectativas, a la relación entre expectativas y preferencias, a la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos, y del Estado de Bienestar en general, y a la posibilidad de incidir en los ciudadanos-consumidores para adaptar sus expectativas a la existencia de un servicio público eficaz, eficiente, orientado a las múltiples y diversas necesidades de los diferentes sectores poblacionales, pero al mismo tiempo sostenible en el tiempo. La cuestión fundamental, y de total actualidad, se ha situado en torno a la viabilidad de un sistema sanitario universal, capaz de abarcar una cobertura de servicios plena, llevando a algunos incluso a advertir que el aumento de la satisfacción podría provocar un aumento excesivo e inadecuado de la demanda, o *doctor shopping*, que si los responsables políticos no canalizan y controlan correctamente, daría lugar a un colapso de los servicios sanitarios, para lo que se proponen como soluciones la educación sanitaria, la investigación en servicios sanitarios y el *márketing social* (Ibern, 1992; Rodríguez-Legido, 1995). Sin embargo, cuando se sitúa la cuestión en la relación entre expectativas y preferencias se constata que las teorías de la demanda infinita en el ámbito sanitario son un mito surgido en torno al sistema, aduciendo que la demanda no solo es finita, sino que se explica de forma racional, lo que abre una vía para controlarla y racionalizar el uso de los recursos (Hogg, 1999: 41).

En la línea más crítica con los estudios sobre satisfacción se ha planteado que “el grado de evidencia que proporcionan los estudios sobre la satisfacción del paciente realizados en nuestro país es limitado para establecer recomendaciones y cambios en las diversas políticas, servicios e intervenciones” (Barrasa y Aibar, 2003: 26), basándose en la debilidad metodológica existente en la mayor parte de los estudios y en que estos son una herramienta necesaria para la imagen de las instituciones, pero poco útil, y poco utilizada en la realidad para la definición de políticas. Y aunque es cierto que el rigor metodológico es deseable y exigible, también lo es que la mayor parte de los estudios de satisfacción realizados, aun con la abundancia y diversidad de escalas y metodologías existentes ofrecen importante información sobre la percepción de los ciudadanos, a lo que algunos han añadido otra poderosa razón, y es la obligación ético-política de involucrar a los ciudadanos en el diseño y mejora de los servicios sanitarios públicos (Vuori, 1987).

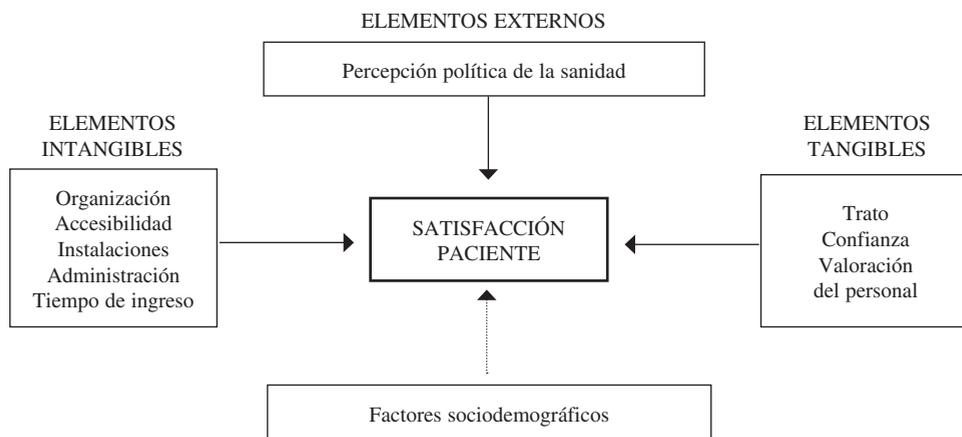
METODOLOGÍA

El diseño de este trabajo parte de la hipótesis antes mencionada de que existen elementos de carácter *intangibles*, es decir, que no se pueden medir y evaluar de manera precisa, presentes en la construcción de la satisfacción de los pacientes con la atención hospitalaria, que son algunos de los que tienen más incidencia en la satisfacción, y que tienden a ser, sin embargo, olvidados cuando se toman las decisiones de gestión hospitalaria.

En nuestro modelo, los elementos que llamamos *intangibles* son: la valoración que los pacientes hacen del trato recibido por parte del personal, su valoración del personal, tanto sanitario como de administración, y su grado de confianza en la atención recibida. Los elementos *tangibles* son los que, junto a los anteriores, habitualmente están presentes en las escalas de satisfacción: la valoración que los pacientes hacen de las instalaciones del centro, de la administración del centro, de su organización y de su grado de accesibilidad, y los días que ha estado el paciente ingresado.

Finalmente se incluyen en nuestro modelo otros dos tipos de elementos, cuyo efecto estimamos menor que el de los anteriores, pero que por su importancia deben ser considerados, a saber, las características sociodemográficas de los pacientes y elementos externos como la percepción política del sistema sanitario.

FIGURA 1.
 MODELO EXPLICATIVO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN EN LA RED HOSPITALARIA DE GALICIA



Para testar nuestro modelo, hemos trabajado con la encuesta de “Calidade percibida polos pacientes do conxunto dos centros hospitalarios de Galicia”³ realizada por la Xunta de Galicia en 2008. Se trata de una encuesta telefónica asistida por ordenador cuyo ámbito es la Comunidad Autónoma de Galicia, y el universo lo componen los pacientes ingresados en los centros hospitalarios públicos gallegos durante el año 2008. Para no caer en el problema del “olvido”, se han incluido en la muestra pacientes que fueron dados de alta en el hospital en los dos meses anteriores a la realización de la encuesta. El tamaño de la muestra ha alcanzado las 4.161 entrevistas y se empleó el muestreo estratificado

3. Encuesta de “Calidade percibida por los pacientes del conjunto de los centros hospitalarios de Galicia” realizada por la Xunta de Galicia en el año 2008 según el universo de pacientes hospitalarios ingresados en el último año en los hospitales del servicio público de salud gallego.

con afijación óptima en función del número de altas producidas en el último año de cada hospital del servicio gallego⁴ de salud (SERGAS) y del único hospital privado concertado que forma parte de la red hospitalaria pública gallega⁵ y que tiene población de referencia propia (Povisa)⁶. La selección de las entrevistas se hace a partir de la base de datos de pacientes ingresados en el último año en los centros hospitalarios de Galicia, estableciendo cuotas basadas en el servicio en el que estuvo ingresado el paciente. El error muestral es de $\pm 1,55\%$, tomando como referencia un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas), y P=Q como caso más desfavorable.

La encuesta se realizó a pacientes o acompañantes de los mismos, ya que en algunos casos, por diversos motivos, los primeros no estaban en disposición de contestar. Por esto, y dado el tamaño de la muestra, para evitar el sesgo en las respuestas, sobre todo en sexo y edad, en nuestra investigación hemos trabajado únicamente con las respuestas de los propios pacientes, segmentando la matriz y ponderándola por cuotas de sexo y edad⁷. Se ha utilizado, por tanto, una noción “restrictiva” de paciente, referida a los usuarios de los servicios sanitarios, tal y como enuncia Hogg, “los pacientes son simplemente personas con problemas de salud que deben tomar fármacos o recibir asistencia sanitaria” (Hogg, 1999: 9), y en oposición a otras definiciones más amplias que abarcan en su conceptualización a los pacientes potenciales (Díaz, 2002).

La que se denomina “muestra final” tiene 2.449 casos, correspondientes a los pacientes que han contestado la encuesta, excluidos los casos en los que responden las personas que acompañaron a los pacientes durante el ingreso hospitalario.

TABLA I.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA INICIAL EN FUNCIÓN DEL ENTREVISTADO

	Frecuencia	Porcentaje
Paciente	2.449	58,9
Acompañante	1.712	41,1
Total	4.161	100,0

La encuesta de “Calidade percibida polos pacientes do conxunto dos centros hospitalarios de Galicia” contiene numerosas variables que conforman una escala de medición de la satisfacción de los pacientes con los aspectos más relevantes de la atención hospitalaria.

4. La red hospitalaria pública gallega está formada por 32 hospitales repartidos en las cuatro provincias, de los cuales uno es privado (concertado).

5. www.sergas.es

6. Se ha fijado una muestra mínima para cada hospital en función del volumen de pacientes atendidos en cada uno de ellos; las restantes entrevistas se han afijado proporcionalmente al número de altas en cada centro hospitalario.

7. Las cuotas de sexo y edad se han ajustado en base a los datos reales recogidos en la “Encuesta de Morbilidad Hospitalaria” publicada por el INE para el año 2008.

Para el tratamiento de estos datos se realiza un análisis factorial exploratorio con el fin de reducir los ítems de valoración de la encuesta, lo que permitirá un mejor tratamiento de las variables y su introducción en el modelo final. La escala inicial de la encuesta cuenta con 28 ítems y el análisis de su fiabilidad mediante el cálculo del estadístico Alfa de Cronbach (Streiner y Norman, 1998) nos muestra que su nivel de consistencia interna es excelente ($\alpha = 0,947$). Por su parte, el análisis factorial exploratorio nos muestra que algunos de los ítems tienen una comunalidad inferior a 0,50 por lo que se decide extraerlos comprobando que esto mejora el nivel explicativo del análisis⁸. Finalmente, se eliminan también otras tres variables por entender que resultan reiterativas en nuestro modelo, lo que a su vez mejora nuevamente el porcentaje de varianza explicada por el análisis factorial (71,61%)⁹.

Así pues se realiza un análisis factorial con un buen nivel explicativo y para el que las pruebas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (0,937) y la prueba del contraste de esfericidad de Barlett, Chi-cuadrado (210) = 21.601,587, $p < 0,001$, arrojan un resultado óptimo, quedando demostrada la fiabilidad del análisis

TABLA 2.
MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL

		Componente					% Varianza explicada por factor
		1	2	3	4	5	
Instalaciones del centro	Valoración del mobiliario de las habitaciones	0,864					44,55
	Valoración de la comodidad de las habitaciones	0,862					
	Valoración de la comodidad en general de las instalaciones del centro	0,746					
	Valoración del aspecto general del centro	0,683					
	Valoración de los servicios del centro	0,482					
Personal del centro	Valoración del personal de enfermería		0,822				11,14
	Valoración de los celadores		0,806				
	Valoración de los médicos		0,793				
	Valoración del personal administrativo		0,736				

8. Se extraen las variables “valoración del aparcamiento y zonas de circulación para llegar al centro”, “valoración de la limpieza de las instalaciones”, “valoración de los horarios de las visitas” y “facilidad para comunicarse con el exterior” por presentar comunalidades inferiores a 0,50.
9. Se eliminan las variables: “valoración de la amabilidad y el trato dispensado por el personal administrativo”, “valoración de la capacidad del personal administrativo para resolver sus dudas” y “valoración del interés mostrado en la atención”.

TABLA 2.
MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL (CONT.)

		Componente					% Varianza explicada por factor
		1	2	3	4	5	
Organización del centro	Valoración de la disponibilidad del personal			0,736			5,84
	Valoración de la disponibilidad del personal necesario en el momento oportuno			0,729			
	Valoración del horario de las comidas			0,717			
	Valoración de la accesibilidad al personal facultativo y no facultativo			0,709			
	Valoración de la calidad de las comidas			0,698			
Accesibilidad del centro	Valoración de la cercanía y accesibilidad del centro hospitalario				0,810		5,16
	Valoración de los accesos y entorno del centro hospitalario				0,753		
	Valoración de los indicaciones para llegar al hospital				0,647		
	Valoración de las indicaciones para moverse dentro del hospital				0,595		
Administración del centro	Valoración del tiempo de espera para solucionar trámites y papeleos derivados de su ingreso					0,840	4,92
	Valoración de la señalización de las dependencias administrativas del centro					0,698	
	Valoración del aspecto general de las dependencias de administración, recepción, etc.					0,638	

Se extraen 5 factores¹⁰ que representan cinco dimensiones contempladas en nuestro modelo: “administración del centro”, “instalaciones del centro”, “accesibilidad del centro”, “organización del centro” y “personal del centro”, de las cuales, las cuatro primeras representan elementos *tangibles* y la última *intangibles*.

En nuestro modelo explicativo, además de las dimensiones resultantes del análisis factorial, se han incluido otras variables que consideramos importantes para el análisis. Es el caso de la duración de la estancia, que consideramos *tangible*, el grado de confianza en la asistencia recibida, la valoración sobre el respeto en el trato, el respeto a la confidencialidad y la disposición del personal a escuchar al paciente, todas de carácter *intangible*.

10. Para la extracción se utiliza el criterio de Kaiser, autovalores mayores que 1, con el método de extracción de componentes principales.

Además, tal y como se ha dicho, se contemplan variables externas, de contexto, como son la valoración de la asistencia sanitaria pública en la actualidad respecto a hace tres años y su valoración en el futuro. Estas variables tienen un componente de valoración política, ya que reflejan la valoración de la gestión del gobierno autonómico en materia sanitaria, concretamente la valoración de la asistencia sanitaria respecto a tres años antes hace referencia al cambio de gobierno en la Xunta de Galicia¹¹ y a si este ha supuesto para el paciente una mejora o empeoramiento de la asistencia sanitaria recibida¹².

Finalmente el análisis se ha controlado por las principales variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudios, ocupación y estado civil.

RESULTADOS

En primer lugar, y a modo de contextualización, podemos afirmar que la red hospitalaria de Galicia goza de una valoración moderadamente alta en cuanto al grado de satisfacción que muestran los pacientes tras ser atendidos en alguno de los hospitales que la componen. Un primer análisis descriptivo de la muestra inicial refleja que el índice global de satisfacción de los pacientes gallegos con la atención sanitaria recibida durante su hospitalización es de $M= 7,58$ ($DT= 1,890$), un valor moderadamente alto¹³, y muy similar al del año 2007 ($M= 7,52$, $D.T.= 1,845$). Estos niveles de satisfacción están en la línea con los reportados en la mayor parte de la literatura especializada (Ibern, 1992; Fitzpatrick, 1991; Williams, 1994).

Profundizando, resulta interesante el estudio comparativo de las valoraciones obtenidas en la muestra inicial en función de la persona encargada de responder la encuesta, el propio paciente ($M= 7,69$, $D.T.= 1,875$) o un acompañante ($M= 7,41$, $D.T.= 1,900$), que confirma la existencia de diferencias en las valoraciones en función de si el entrevistado es el propio paciente o su acompañante en la hospitalización. Los datos reflejan que los pacientes son ligeramente más generosos que sus acompañantes en sus valoraciones sobre la atención recibida durante su estancia en el hospital. El análisis de varianzas confirma la hipótesis de que existe una relación entre el grado de satisfacción con la atención y la persona que responde la encuesta, el paciente o su acompañante ($F(1, 4092) = 20,982$; $p < 0,001$), tal y como afirma Thi (Thi *et al.* 2002), lo que demuestra la ventaja de nuestra decisión inicial de aislar las respuestas de los pacientes, para que los resultados que obtengamos en el análisis multivariante posterior sean un fiel reflejo de las opiniones de estos.

11. Después del gobierno del PP durante quince años, en el año 2005 se produce en Galicia el cambio a un gobierno bipartito del PSdeG-PSOE y el BNG.

12. Concretamente las preguntas se enuncian de la siguiente forma: “¿Considera que la sanidad pública en Galicia está mucho peor, peor, igual, mejor o mucho mejor que hace tres años?” y “¿Considera que la asistencia sanitaria pública en Galicia estará mucho peor, peor, igual o mucho mejor que en la actualidad?”.

13. La escala de medición es Likert, de 1 a 10.

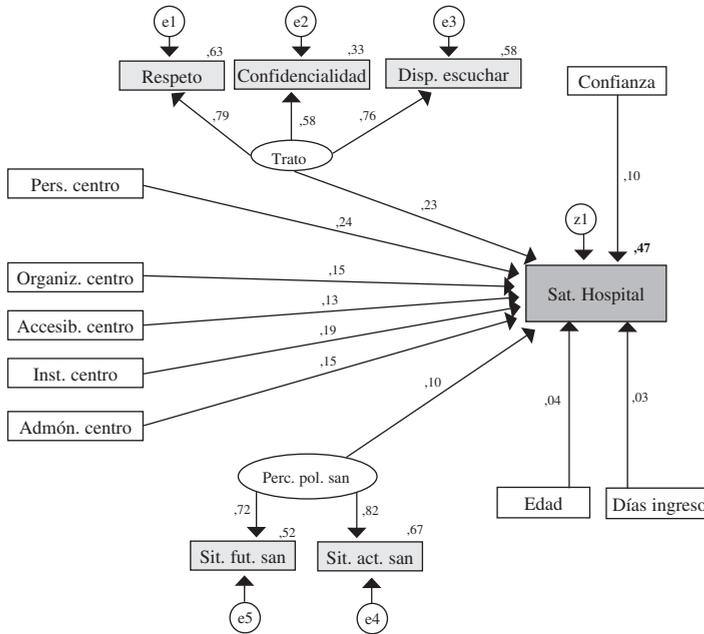
Con la intención de mejorar la representatividad de los datos, se pondera la muestra final, de solo pacientes, por cuotas de sexo y edad, observándose un nivel de satisfacción ligeramente superior al reportado con anterioridad, ($M= 7,82$, $D.T.= 1,853$) lo que se explica por dos motivos, en primer lugar, tal y como hemos señalado, las apreciaciones son diferentes en función de la persona que contesta la encuesta, siendo los pacientes los más generosos en sus valoraciones; en segundo lugar, la ponderación disminuye ligeramente el peso de las valoraciones que hacen las mujeres, lo que produce una ligera elevación de la valoración media, ya que en nuestro estudio las puntuaciones otorgadas por los hombres son ligeramente superiores, lo que no significa que el sexo sea necesariamente una variable determinante en el grado de satisfacción de los pacientes, aspecto que se analizará posteriormente.

En lo que respecta a la opinión sobre la situación de la sanidad, elemento exógeno al encuentro sanitario, el 40% de los pacientes pensaban en 2008 que la situación de la sanidad gallega era mejor o mucho mejor que la de hace tres años y alrededor un 45% confiaba en que dicha situación mejoraría en el futuro. Estos datos rebelaban cierto optimismo sobre las políticas sanitarias de la Xunta de Galicia en ese momento, especialmente de cara a un futuro próximo.

Finalmente, tras el análisis individualizado de las variables, nuestro modelo teórico se testa mediante la realización de un análisis de ecuaciones estructurales (véase la figura 2). Así, nuestro modelo explicativo de la satisfacción de los pacientes de los centros hospitalarios públicos gallegos obtiene los siguientes índices de ajuste: $2(31, n=2.449)= 79,104$, $p<0,001$; $CFI= 0,992$; $RMSEA= 0,025$, demostrando su buen ajuste global. La capacidad de explicación del modelo, al igual que ocurre con la mayor parte de los modelos propuestos en la literatura especializada (Quintana *et al.*, 2006), es de un nivel intermedio, con un coeficiente de determinación R^2 corregido= 0,47, lo que indica una explicación del 47% de la varianza de la satisfacción de los pacientes hospitalarios gallegos.

Comprobamos que la mayor parte de variables introducidas tienen una influencia significativa en el “grado de satisfacción de los gallegos con la atención sanitaria recibida en el hospital público”, la variable endógena de nuestra ecuación. La figura nos muestra la presencia de un total de quince variables exógenas, de las cuales dos son variables latentes, el “trato” y la “percepción política de la sanidad”, construidas a partir de variables objetivas. La variable latente exógena “trato” se construye a partir de las variables objetivas “valoración sobre el respeto en el trato”, “respeto a la confidencialidad” y “disposición del personal a escuchar al paciente”, mientras que la variable latente exógena que hemos denominado “percepción política de la sanidad” es el constructo resultante de la relación entre las variables: “valoración de la asistencia sanitaria pública en Galicia en la actualidad respecto a hace tres años” y “valoración de la asistencia sanitaria pública en Galicia en el futuro”. El resto de las variables son variables objetivas, cinco de ellas, “administración del centro”, “instalaciones del centro”, “accesibilidad del centro”, “organización del centro” y “personal del centro”, son producto del análisis factorial previo, aunque en el modelo son tratadas como variables objetivas.

FIGURA 2.
SEM. MODELO EXPLICATIVO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN EN LA RED HOSPITALARIA DE GALICIA



En la tabla 3 se presentan los efectos directos, de forma decreciente, de cada uno de los predictores significativos de la satisfacción de los pacientes, no existiendo en nuestro análisis efectos indirectos.

TABLA 3.
EFECTOS DIRECTOS EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALARIOS GALLEGOS

Personal del centro	0,241
Trato	0,231
Instalaciones del centro	0,188
Organización del centro	0,150
Administración del centro	0,149
Accesibilidad del centro	0,131
Percepción sobre la situación de la sanidad	0,099
Confianza en la asistencia	0,098
Edad	0,043
Días de ingreso	0,033

Las variables que intervienen con mayor intensidad en la satisfacción de los pacientes son aquellas ligadas directamente a su estancia en el hospital, y entre estas, las relacionadas con el trato otorgado al paciente. De este modo, la de más peso es el factor referido a la valoración del “personal del centro” ($\beta = 0,241$), seguida de la variable latente “trato” ($\beta = 0,231$). Estas dos, junto a la variable “grado de confianza en la asistencia que le han prestado en el hospital” ($\beta = 0,098$), cuya influencia al igual que en otros estudios (Hall *et al.* 2002) resulta significativa en la construcción de la satisfacción de los pacientes, constituyen lo que en nuestro modelo hemos denominado elementos *intangibles* del análisis.

Los identificados como elementos *tangibles* de nuestro modelo, es decir, las instalaciones del centro ($\beta = 0,188$), la organización ($\beta = 0,150$), la administración del centro ($\beta = 0,149$) y la accesibilidad ($\beta = 0,131$), así como la duración de la estancia aunque de forma mucho más débil, “días de ingreso” ($\beta = 0,033$), también influyen de forma significativa y positiva en la satisfacción de los pacientes, de modo que esta aumenta a medida que aumenta la valoración de estos aspectos. El efecto positivo de la duración de la estancia podría indicar que una mayor experiencia y familiaridad con el sistema supone la adaptación de las expectativas del paciente al mismo y, por tanto, un mayor nivel de satisfacción.

En lo que respecta a las variables exógenas, la influencia de la variable latente *perc_pol_san* (percepción política de la sanidad) en la satisfacción de los pacientes hospitalarios también es significativa ($\beta = 0,099$).

Finalmente, nuestro análisis muestra que la influencia de las variables sociodemográficas en la valoración de la satisfacción con la asistencia sanitaria hospitalaria gallega es bastante limitada, ya que, a excepción de la edad ($\beta = 0,043$), ninguna de ellas alcanza la mínima significatividad. Por este motivo, y por su único efecto distorsionador, se han eliminado del modelo las variables de sexo, nivel de estudios, ocupación y estado civil. En el caso del sexo, en oposición a lo que afirman, entre otros, Pascoe (1983), Weiss (1988), Williams y Calnan (1991) o Quintana *et al.* (2006), el presente análisis confirma la ausencia de significatividad observada en otros estudios realizados con anterioridad (B. Hulka *et al.*, 1971; Jaráiz, 2009).

La edad es un factor determinante de la satisfacción, aunque su capacidad de influencia es mucho menor respecto a otras variables contenidas en el modelo, siendo el único aspecto sociodemográfico que mantiene su carácter predictor. Sin embargo, en lo que respecta al nivel de estudios, y en contra de lo que el análisis de varianzas hace suponer, la combinación de este factor con otras variables, hace que su influencia pierda relevancia hasta convertirse en una variable no significativa para la valoración global de la satisfacción con la atención hospitalaria, lo que puede explicarse por la importancia de la variable edad.

DISCUSIÓN

Son muchos los autores que han intentado diferenciar los componentes de la satisfacción (Hulka y Zyzansrey, 1982; Hall y Dornan, 1990). Una de las taxonomías más

utilizadas ha sido la de Ware (J. Ware *et al.*, 1983) que distingue ocho dimensiones de la satisfacción en el contexto americano:

- *Interpersonal manner*: forma en que los proveedores interaccionan con los pacientes (atributos como respeto, preocupación, amistad, cortesía).
- *Technical quality of care*: la calidad técnica de la atención, competencia de los proveedores y utilización de altos estándares de diagnóstico y tratamiento.
- *Accessibility/convenience*: relativa a los aspectos de recepción de la asistencia (tiempos de espera...).
- *Finances*: relativa al pago de los servicios sanitarios.
- *Efficacy/outcomes of care*: el resultado de la asistencia recibida, mejora o conservación del estado de salud.
- *Continuity of care*: constancia en el proveedor o la localización del servicio (lo que supondría un mayor conocimiento y familiaridad con el mismo).
- *Physical enviroment*: características del espacio en que se desarrolla el servicio (claridad de la señalización, equipamiento...).
- *Avaliability*: presencia de recursos médicos (suficientes facilidades médicas y proveedores...).

Esta clasificación ha servido de base para muchos trabajos posteriores, que han utilizado técnicas de análisis estadístico multivariante, como el análisis factorial, demostrando el carácter multidimensional de la satisfacción (Sitzia y Wood, 1997). Lógicamente, ya que el contexto de la asistencia sanitaria es muy variado, ninguna de las clasificaciones generales resulta totalmente apropiada para todos los contextos, lo que ha llevado a que surgieran nuevas propuestas de categorización, y adaptaciones de las ya existentes.

Ninguna de las clasificaciones y escalas de medición existentes ha logrado, hasta la fecha, el consenso de los investigadores, aunque sí existe cierto grado de acuerdo en torno a la influencia en el nivel de satisfacción de los pacientes, de determinados aspectos relacionados con la transacción sanitaria de forma más o menos directa. Así por ejemplo, en el Reino Unido, hay cierto acuerdo en cuanto a que ciertos aspectos de la atención tales como los tiempos de espera y la comunicación en atención primaria, la rigidez de los protocolos hospitalarios, el *catering* y la privacidad en los hospitales, o la información del paciente en atención especializada pueden ser generadores de insatisfacción en los pacientes (Jones, Leneman y Maclean, 1987; Williams y Calnan, 1991).

Nuestro análisis demuestra que para el caso gallego, en contra de la afirmación de algunos autores de que las características sociodemográficas de los pacientes, a saber, la edad y el nivel de estudios, entre otras, explican la mayor parte de la variabilidad de su nivel de satisfacción (Sixma *et al.*, 1998; Hekkert *et al.*, 2009), las relaciones interpersonales, fundamentalmente el trato, la valoración del personal médico y la confianza en la asistencia son los factores que determinan en mayor medida la satisfacción de los mismos. La relación con el médico es, sin duda, tal y como se recoge en la mayor parte

de la literatura, un factor fundamental para la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria (Cohen, 1996; Pascoe, 1983; Donabedian, 1966).

Del estudio de la prolija literatura existente sobre la satisfacción de los pacientes con la sanidad y la asistencia sanitaria, se desprende que la confianza en el médico (Mira y Aranz, 2000) y en la asistencia recibida son factores fundamentales que determinan dichos niveles de satisfacción. De hecho, en la determinación de la satisfacción del paciente, se hace necesario el análisis de la confianza como aspecto central de su relación con el médico (Anderson y Dedrick, 1990), algo que también corrobora nuestro análisis. Además, se observa que la conducta del médico es una de las variables de mayor capacidad explicativa (Hulka, Kupper y Dalyu, 1975, 1983; Chung *et al.*, 1999), y que, además de la capacidad técnica de los médicos, su capacidad para comunicarse con los pacientes y las muestras de preocupación por ellos tienen un efecto positivo en la satisfacción (Di Matteo y Hays, 1980).

De este modo, a la luz de los datos analizados, nuestro modelo explicativo plantea la diferenciación entre los aspectos *tangibles* de la gestión, tales como las instalaciones hospitalarias, la administración y la organización de los centros, el volumen de personal disponible o los accesos, aquellos a los que generalmente van dirigidos los esfuerzos de los gestores, y los aspectos *intangibles* de la gestión hospitalaria, aquellos en los que los pacientes basan una buena parte de sus juicios sobre la satisfacción con la asistencia, es decir, la valoración del personal, el trato y la confianza en la asistencia.

Tal y como demuestra nuestro análisis, los mecanismos mediante los cuales los pacientes generan sus juicios sobre la satisfacción con la atención recibida en los hospitales, están condicionados por aspectos *tangibles* de la atención, y, en mayor medida, por aspectos *intangibles* de la misma.

CONCLUSIÓN

Desde una perspectiva que defiende la utilidad de los análisis de la satisfacción de los usuarios de los servicios públicos para la optimización racional de los mismos, nuestro modelo incorpora elementos que rinden cuenta de la heterogeneidad y de la jerarquía de los factores que inciden en la satisfacción hospitalaria, y explicita el valor de los que denominamos *intangibles* reivindicando para ellos un rol específico en los modelos de gestión hospitalaria.

La irrupción de las teorías New Public Management en el ámbito sanitario, con desarrollos propios como el *managed care*, ha supuesto la concentración de los esfuerzos reformadores en la consecución de un balance positivo entre costes y beneficios, dejando de lado aspectos de la eficacia del sistema, como la satisfacción de los usuarios, tanto pacientes como ciudadanos. No es de extrañar por ello que el aumento del gasto sanitario no haya ido necesariamente ligado a un aumento de la satisfacción de los usuarios y mucho nos tememos que el recorte actual, supuestamente enfocado a la sostenibilidad del sistema, difícilmente será compatible con una gestión orientada a la satisfacción del paciente.

Por otro lado, perspectivas como la Medicina Basada en la Evidencia, orientada a “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente” (Sacket y otros, 1996), han aportado un enfoque técnico, desde el punto de vista científico, fundamentado en la efectividad sanitaria de la asistencia, haciendo notoria la primacía de la eficacia sanitaria sobre el resto de aspectos que componen la atención.

Así la eficiencia económica y la efectividad sanitaria han compuesto los dos polos fundamentales de la ecuación en la supuesta modernización de los sistemas hospitalarios. Frente a estos enfoques, o más bien de manera complementaria a ellos, la gobernanza clínica, en su búsqueda de la mejora y la garantía de la calidad en la organización sanitaria (del Llano, 2002), constituye un nuevo modo de orientación al paciente, aunque no existan todavía los mecanismos adecuados que permitan en nuestro sistema sanitario una participación activa de los pacientes y ciudadanos en el diseño del mismo. La progresiva adopción de modelos ligados las teorías del “Nuevo Servicio Público” debe servir no solo para introducir mecanismos políticos de participación de los ciudadanos en la gestión sanitaria sino para incorporar a la gestión factores que provengan de la experiencia de los ciudadanos en el encuentro médico.

Desde el análisis de la opinión de los pacientes con la asistencia recibida en los hospitales, es posible reconocer algunas de las claves cuya correcta gestión contribuiría a un mayor nivel de satisfacción de los pacientes con la atención. Una de las conclusiones fundamentales que extraemos del presente análisis es que son más importantes las experiencias de los pacientes en su contacto directo en el hospital que cualquier otro aspecto externo, como las valoraciones de carácter político. Al contrario de lo que ocurre con las valoraciones del sistema sanitario y de las políticas sanitarias, que son fundamentalmente valoraciones políticas (Bohigas, 1995), las valoraciones de la asistencia hospitalaria se refieren básicamente a la experiencia de los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario, sin que la mediación de factores externos sea significativa. A este respecto, como muestra nuestro modelo, no podemos olvidar el importante papel de los profesionales de la sanidad, que actúan de “punto de contacto” entre la administración sanitaria y los pacientes, y en los que recae gran parte de la responsabilidad de la percepción que estos últimos tienen sobre el servicio recibido.

Nuestro modelo muestra la jerarquía de los aspectos *intangibles* de la atención sanitaria, como la confianza de los pacientes en la asistencia, la valoración que estos hacen del trato recibido por los profesionales sanitarios, especialmente los médicos y el personal de enfermería. La inclusión de estos elementos en los cuadros de mando de los gestores sanitarios permitirá elevar los niveles de satisfacción de los pacientes, obviamente sin dejar de lado los aspectos *tangibles*, más conocidos, y objeto de la mayor parte de intervenciones desde el ámbito de la gestión sanitaria.

Esta lectura nos permite reorientar las políticas de gasto sanitario, en un momento en el que este se ha visto fuertemente reducido. Si la reducción del presupuesto sanitario impide la inversión en los aspectos *tangibles* de la ecuación, no cabe otra posibilidad que reinventar la

gestión y reivindicar el rol del personal sanitario en la definición estratégica de la sanidad pública como único modo de mantener los niveles de satisfacción de los usuarios y en consecuencia la valoración que los ciudadanos hacen del sistema.

Porque si se tensionan al mismo tiempo todos los elementos del modelo, solo estaríamos provocando una deslegitimación global de la sanidad pública.

Referencias

- Abramowitz, S.; Cote, A. A., Berry, E. 1987. "Analyzing patient satisfaction: a multi-analytic approach", *Quality Review Bulletin* 13: 122-130.
- Anderson, E. W., Fornell, C., Lehmann, D. R. 1994. "Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden", *Journal of Marketing* 58: 53-66.
- Anderson, L. A., Dedrick, R. F. 1990. "Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships", *Psychol Rep* 67: 1091-1100.
- Barrasa, I., Aibar, C. 2003. "Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001", *Revista de Calidad Asistencial* 18: 580-590.
- Bitner, M. J. 1990. "Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses", *Journal of Marketing* 54: 69-82.
- Bohigas, L. 1995. "La satisfacción del paciente", *Gaceta sanitaria* 50: 283-286.
- Calnan, M., Rowe, R. 2008. *Trust matters in health Care*. Great Britain: Open University Press.
- Caminal, J., Sánchez, E., Schiaffino, A. 2002. "El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global", *Revista de Calidad Asistencial* 17: 4-10.
- Chung, K. C., Hamill, K. H. M., Walters, M. R., Wilkins, E. G. 1999. "Predictors of patient satisfaction in an outpatient plastic surgery clinic", *Annals of plastic surgery* 42: 56-60.
- Cohen, G. 1996. "Age and Health Status in a patient satisfaction survey", *Social, Science & Medicine* 42: 1085-1093.
- Costa Font, J. 2001. "Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España", *Gaceta sanitaria* 15: 237-244.
- Cronin, J. J., Taylor, Jr. y S. A. 1992. "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", *Journal of Marketing* 56: 55-68.
- Di Matteo, M. R., Hays, R. 1980. "The significance of patients perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center", *Journal of Community health* 6: 18-34.
- Dicker, A., Amstrog, D. 1995. "Patients views of priority settings in health care-an interview survey in one practice", *BMJ* 311: 1137-1139.
- Del Llano, J., Martínez-Cantarero, J. F., Gol, J., Raigada, F. 2002. "Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles", *Gaceta Sanitaria* 16: 408-416.

- Donabedian, A. 1966. "Evaluating the quality of medical care", *Millbank Memorial Fund Quarterly* 44: 166-206.
- Feldman, L., Vivas, E., Lugli, Z., Alvarez, V., Pérez, M. G. 2007. "La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación", *Revista de Calidad Asistencial* 22: 133-140.
- Fitzpatrick, R. 1984. "Satisfaction with health care", en *The experience of illness*, de Fitzpatrick, R., Hilton, J., Newman, S., Scambler, G., Thomson, J., 154-178. London: Tavistock.
- 1991. "Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations", *BMJ* 302: 887-889.
- Hall, J., Dornan, C. 1990. "Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis", *Social, Science & Medicine* 30: 811-818.
- Hekkert, K. D., Cihangi, S., Kleefstra, S. M., van der Berg, B., Kool, R. B. 2009. "Patient satisfaction revisited: a multilevel approach", *Social, Science and Medicine* 69: 68-75.
- Hogg, C. 1999. *Patients, Power and Politics*. London: Sage Publications.
- Hulka, B., Kupper, L., Dalyu, M. 1975. "Correlates of satisfaction with medical care: a community perspective", *Medical Care* 13: 648-658.
- Hulka, B. S., Zyzansrey, S. J. 1982. "Validation of a patient satisfaction scale. Theory, Methods and Practice", *Medical Care* 20: 649-653.
- Ibern, P. 1992. "La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris", *Gaceta Sanitaria* 6: 176-185.
- Jaráz, E. 2009. "La gestión de la atención primaria: confianza y satisfacción en el sistema sanitario de Galicia", *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* 8 (2): 69-83.
- John, J. 1992. "Patient satisfaction: the impact of past experience", *Journal of Healthcare Marketing* 12: 56-64.
- Jones, L., Leneman, L., Maclean, U. 1987. *Consumer feedback for the NHS*. London: King Edward's Fund for London.
- Koss, E. 1954. *The health of regionville*. New York: Hafner.
- Locker, D., Dunt, D. 1978. "Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care", *Social Science & Medicine* 12: 283-292.
- Mira, J. J., Aranaz, J. 2000. "La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria", *Medicina Clínica* 114: 26-33.
- Owens, D. J., Batchelor, C. 1996. "Patient satisfaction and the elderly", *Social, Science & Medicine* 42, nº 11: 1483-1491.
- Pascoe, G. 1983. "Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis", *Evaluation and Program Planning* 6: 185-210.
- Quintana, J. M. y otros. 2006. "Predictor of patient satisfaction with hospital health care", *Bio Med Central Health Services Research* 6: 102.
- Rodríguez-Legido, C. 1995. "La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992", *Gaceta Sanitaria* 9: 311-315.

- Sackett, D. I., Rosenberg, W. M. C., Gary, J. A. M., Haynes, R. B., Richardson, W. S. 1996. "Evidence based medicine: what is it and what it isn't", *BMJ* 312:71-2.
- Sitzia, J., Wood, N. 1997. "Patient Satisfaction: a review of issues and concepts", *Social Science and Medicine* 45: 1829-1843.
- Sixma, H. J., Kersenns, J., Van Campen, C., Peters, L. 1998. "Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument", *Health Expectations* 1: 82-95.
- Streiner, D. L, Norman, G. R. 1998. *Health Measurement Scales*. Oxford: Oxford University Press.
- Thi, P. L. N., Briacon, S., Empereur, F., Guillemin, F. 2002. "Factors determining inpatient satisfaction with care", *Social, Science & Medicine* 54: 493-504.
- Van Campen, C., Sixma, H., Friele, R., Kersens, J., Peters, L. 1995. "Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments", *Medical Care Research and Review* 52: 109-133.
- Van Maanen, H. M. T. 1984. "Evaluation of nursing care: quality of nursing evaluated within the context of health care and examined from multinational perspective", en Willis, L. D. and Lindwood, M. E., *Measuring the quality of care*. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 3-43.
- Vuori, H. 1987. "Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care", *QRB*, March: 106-108.
- Ware, J. E., Davies-Avery, A., Steward, Anita L. 1978 "The measurement of patient satisfaction", *Health and medical care services review* 1: 3-15.
- Ware, J., Snyder M. 1975 "Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services", *Medical Care* 13: 669-682.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, R., Davies, A. R. 1983. "Defining and measuring patient satisfaction with medical care", *Evaluation and Program Planning* 6: 241-263.
- Wesing, M., Grol, R. 1998. "What can patients do to improve health care?", *Health Expectations* 1: 37-49.
- Williams, B. 1994. "Patient satisfaction: a valid concept?", *Social, Science & Medicine* 38: 509-516.
- Williams, B., Coyle, J., Healy, D. 1998. "The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels", *Social, Science & Medicine* 47: 1351-1359.
- Williams, S. J., Calnan, M. 1991. "Convergence and divergence: assesing criteria of consumer satisfaction across general practice, hospital and dental care settings", *Social, Science & Medicine* 33: 707-716.

Presentado para evaluación: 22 de noviembre de 2011

Aprobado para su publicación: 31 de mayo de 2013

ERIKA JARÁIZ GULÍAS, Universidad de Santiago de Compostela

erika.jaraiz@usc.es

Profesora asociada en el Departamento de Ciencia Política y de la Administración de la USC. Doctora (2011) en Procesos Políticos Contemporáneos por la misma universidad. Compagina su actividad académica con su trabajo como gerente en el ámbito público. Sus principales líneas de investigación son el estudio de la gestión pública, la gestión sanitaria, la cooperación al desarrollo y el análisis electoral. Ha presentado diversas comunicaciones en congresos nacionales e internacionales, y es autora y coautora de diversas publicaciones en revistas y libros colectivos.

NIEVES LAGARES DIEZ, Universidad de Santiago de Compostela.

mnieves.lagares@usc.es

Profesora titular de Ciencia Política y de la Administración en la Universidad de Santiago de Compostela. Sus áreas de interés se centran en el estudio de los partidos políticos y en cuestiones relativas a las organizaciones políticas y a la cooperación internacional. Cuenta entre sus recientes publicaciones con el capítulo “Le nationalisme galicien: de l'accès au gouvernement à la crise électorale et organisationnelle” (Lagares *et al.*), en Fernández García, A. y Petithomme, M. (eds.), *Les nationalismes dans L'Espagne contemporaine, Armand Colin Recherches*, 2012 y el artículo “Cooperación al desarrollo y opinión pública”, RIPS, vol. 10, nº 1, 2011, 69-83.

MARÍA PEREIRA LÓPEZ, Universidad de Santiago de Compostela

maria.pereira.lopez@usc.es

Investigadora en formación en la Facultad de Ciencias Políticas de la Universidad de Santiago de Compostela (USC). Licenciada en Ciencias Políticas por la USC (2005), Máster en Técnicas Estadísticas por la USC (2012), Máster en Márketing Político y Comunicación por la USC (2007). Ha obtenido el Diploma de Estudios Avanzados (2007) en el Programa de Procesos Políticos Contemporáneos (Mención Calidad), y actualmente se encuentra terminando su tesis doctoral en el campo de la construcción estadística de índices de cobertura de servicios. Ha presentado diversas comunicaciones y ha participado en distintas publicaciones en el ámbito de la cooperación al desarrollo y el análisis electoral.